



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS

**ACESSO DA COMUNIDADE LGBTQIA+ ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE:
uma análise da perspectiva dos usuários LGBTQIA+**

FORTALEZA

2025

FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS

**ACESSO DA COMUNIDADE LGBTQIA+ ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE:
uma análise da perspectiva dos usuários LGBTQIA+**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: ciências sociais, humanas, ambientais, políticas de saúde e avaliação em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão
Ribeiro

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S235a Santos, Francisco Rodrigo Paiva dos.
ACESSO DA COMUNIDADE LGBTQIA+ ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE : uma análise da perspectiva dos usuários LGBTQIA+ / Francisco
Rodrigo Paiva dos Santos. – 2025.
251 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro.

1. atenção primária à saúde. 2. acesso aos serviços de saúde. 3. minorias sexuais e de gênero. 4. pessoas
LGBTQIA+. 5. sistema único de saúde. I. Título.

CDD 610

FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS

ACESSO DA COMUNIDADE LGBTQIA+ ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE:
uma análise da perspectiva dos usuários LGBTQIA+

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: ciências sociais, humanas, ambientais, políticas de saúde e avaliação em saúde.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Tatiana Monteiro Fiuza
Universidade Federal do Ceará

Dr. Adriano Henrique Caetano Costa
Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Dr. Rafael Rodolfo Tomaz de Lima
Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte

A toda população LGBTQIA+

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar agradecendo à minha família, aos meus pais que me possibilitaram a tão incrível jornada do estudo, às minhas irmãs e a meu companheiro Rafael por ser um alicerce para que esse trabalho fosse possível.

Agradeço a Deus e a toda espiritualidade que me conduziu e iluminou cada passo e cada caminho para que pessoas essenciais fossem contactadas, as portas fossem abertas e as ideias aprimoradas.

Agradeço a cada participante que abriu um pouco de sua vida para que pudéssemos conhecer sua realidade na vivência do acesso aos serviços de saúde, agradeço a disponibilidade de cada um, a verdade partilhada e a confiança de que a pesquisa em saúde pública e a ciência ainda podem ser forças na busca por justiça social e equidade no SUS.

Agradeço ao coletivo Mães da Resistência, em nome da querida Gioconda Aguiar, e à UNA LGBT, em nome da querida Silvinha Cavalleire, por abrirem portas e me conectarem a pessoas que possibilitaram que a pesquisa fluísse e prosseguisse, o trabalho de vocês duas nos enche de esperança em conquistas para os direitos das pessoas LGBTQIA+ desse país.

Agradeço à Universidade Federal do Ceará, especialmente ao Programa de Saúde Pública por me acolher e me lapidar com maestria, sei que ainda tenho muito a percorrer e a aprender e vocês me deram um ânimo de vida para trilhar essa busca.

Agradeço a todos os meus professores, especialmente a professora Eneide Leitão, por me ajudar na construção do projeto de seleção para o mestrado. Graças a vocês pude aprender a olhar o mundo a minha volta e a mim mesmo com novos olhos.

Agradeço a meu orientador, professor Marco Túlio por me conduzir de uma forma tão harmônica e leve; agradeço por acreditar no meu potencial e no potencial dessa pesquisa! O senhor possibilitou um mestrado extraordinário, mesmo em um percurso desafiador, por isso minha eterna gratidão.

Agradeço aos meus amigos e familiares que torcem por mim e pela minha trajetória! Cada vez que vocês perguntavam sobre minha pesquisa sem o peso da cobrança e do julgamento, porque se interessavam em ouvir falar sobre ela, me ajudavam a prosseguir e a continuar acreditando que tudo daria certo no final!

Gostaria de mencionar a amiga Lia Wládía, que com sua ajuda foi me mostrando as seleções de mestrado que iam aparecendo e me dizendo que eu fosse em frente, você fez parte da minha decisão por trilhar esse caminho! Obrigado!

“A travesti não mata um leão por dia,
ela mata o zoológico inteiro para existir e reexistir”

Paula Costa

“Costumo comparar a travesti a uma ilha, só que ao
invés de estar cercada de água por todos os lados,
está cercada pela violência.”

Janaína Dutra , *in memoriam*

“Quem chora por nós?”

Thina Rodrigues, *in memoriam*

RESUMO

Introdução: As iniquidades no acesso da população LGBTQIA+ ao Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da atenção primária à saúde (APS) constituem um problema grave e persistente. O SUS, fundamentado nos princípios de equidade, universalidade e integralidade, busca reduzir desigualdades e atender às necessidades de saúde de maneira integral. Contudo, as demandas específicas da população LGBTQIA+ ainda enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços, reflexo de discriminação, preconceito e insuficiência na implementação de políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT). Essa política propõe reduzir desigualdades históricas no atendimento à população LGBTQIA+, mas sua concretização permanece limitada. **Objetivo:** Analisar como as barreiras de acesso, especialmente aquelas relacionadas à LGBTfobia, influenciam a qualidade do acesso das pessoas LGBTQIA+ nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-CE. **Percorso Metodológico:** Este estudo qualitativo foi realizado em Fortaleza, Ceará, com 21 usuários LGBTQIA+ maiores de 18 anos, identificados por meio de divulgação em redes sociais e movimentos sociais. As entrevistas em profundidade foram realizadas entre julho e agosto de 2024, e os dados foram analisados utilizando o método de análise temática de conteúdo. A interpretação dos achados foi enriquecida pelo diálogo com os conceitos de Pierre Bourdieu e Judith Butler. De Bourdieu, utiliza-se o conceito de violência simbólica, que permite compreender como práticas e normas cisheteronormativas naturalizam desigualdades e exclusões nos serviços de saúde. Já a perspectiva de Butler contribui com os conceitos de performatividade de gênero e inteligibilidade de gênero, que ajudam a interpretar como normas sociais moldam as experiências de exclusão e acolhimento enfrentadas pela população LGBTQIA+ nas UAPS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer de número 6.934.406 e CAAE 80146424.1.0000.5054. **Apresentação dos Achados:** Os achados deste estudo indicam que as barreiras de acesso, como preconceito e discriminação, ainda são frequentes, especialmente para pessoas trans e travestis, que relatam receio em buscar atendimento na APS devido a episódios de desrespeito. Apesar disso, foram observadas melhorias, como o respeito ao nome social, impulsionado por legislações estaduais pós-2019. A associação entre a população LGBTQIA+ e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) permanece forte, perpetuando estigmas e constringendo os usuários. Além disso, a falta de preparo dos profissionais para conduzir atendimentos à população LGBTQIA+ reforça a evasão e a busca por serviços privados. A qualificação profissional, desde a formação acadêmica até a

educação permanente, o atendimento humanizado e legislações mais efetivas e eficazes são pontos fundamentais para superar essas barreiras e concretizar as políticas existentes.

Considerações Finais: Apesar de avanços, os espaços da APS ainda constituem locais de vulnerabilidade para a população LGBTQIA+, onde preconceitos e discriminações persistem. A pesquisa ressalta a importância de fortalecer políticas públicas inclusivas e consolidar ações que promovam acolhimento, equidade e respeito nos serviços de saúde. Este estudo contribui para o debate científico e para o desenvolvimento de estratégias que concretizem os princípios do SUS em relação à saúde da população LGBTQIA+.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; minorias sexuais e de gênero; pessoas LGBTQIA+; sistema único de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Inequities in access to the Unified Health System (SUS) by the LGBTQIA+ population within the scope of Primary Health Care (PHC) constitute a serious and persistent problem. SUS, based on the principles of equity, universality, and integrality, aims to reduce inequalities and meet health needs comprehensively. However, the specific demands of the LGBTQIA+ population still face significant barriers in accessing services, reflecting discrimination, prejudice, and insufficient implementation of public policies, such as the National Policy for Comprehensive Health of the LGBT Population (PNSI LGBT). This policy aims to reduce historical inequalities in healthcare for the LGBTQIA+ population, but its implementation remains limited. **Objective:** To analyze how access barriers, especially those related to LGBTphobia, influence the quality of access for LGBTQIA+ individuals in Primary Health Units (UAPS) in the city of Fortaleza, Ceará. **Methodological Approach:** This qualitative study was conducted in Fortaleza, Ceará, with 21 LGBTQIA+ service users aged over 18 years, identified through social media and LGBTQIA+ social movements. In-depth interviews were conducted between July and August 2024, and data were analyzed using the thematic content analysis method. The interpretation of findings was enriched by dialogue with the concepts of Pierre Bourdieu and Judith Butler. Bourdieu's concept of symbolic violence was employed to understand how cisheteronormative practices and norms normalize inequalities and exclusions in health services. Butler's perspective contributed with the concepts of gender performativity and gender intelligibility, which helped interpret how social norms shape experiences of exclusion and inclusion faced by the LGBTQIA+ population in Primary Health Units (UAPS). The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, as per opinion number 6,934,406 and CAAE 80146424.1.0000.5054. **Presentation of findings:** The findings of this study indicate that access barriers, such as prejudice and discrimination, are still prevalent, particularly for trans and travesti individuals, who report fears of disrespect when seeking care in PHC. Nevertheless, some improvements were noted, such as respect for the use of social names, driven by state legislation enacted after 2019. The association between the LGBTQIA+ population and sexually transmitted infections (STIs) remains strong, perpetuating stigmas and constraining users. Additionally, the lack of professional preparation to address the specific needs of the LGBTQIA+ population reinforces the avoidance of public health services in favor of private providers. Professional qualification, from academic training to

continuing education, humanized care, and more effective and efficient legislation are critical to overcoming these barriers and implementing existing policies. **Final considerations:** Despite progress, PHC settings remain spaces of vulnerability for the LGBTQIA+ population, where prejudice and discrimination persist. This research underscores the importance of strengthening inclusive public policies and consolidating actions that promote inclusion, equity, and respect in health services. This study contributes to the scientific debate and the development of strategies that realize the principles of SUS in addressing the health of the LGBTQIA+ population.

Keywords: primary health care; health services accessibility; sexual and gender minorities; LGBTQIA+ people; unified health system.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Número de mortes violentas de LGBTQIA+ no Brasil por segmento, em 2023.....	19
Figura 2:	Número de mortes violentas de LGBTQIA+ no Brasil entre 2000 e 2023.....	20
Figura 3:	Distribuição espacial de mortes violentas de LGBTQIA+ no Brasil, por Unidade da Federação, em 2023.....	21
Figura 4:	Fluxo de eventos entre necessidades de saúde e a obtenção de cuidados de saúde.....	29
Figura 5:	Distribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde no município de Fortaleza-CE.....	38
Figura 6:	Ilustração de onde cada participante reside em Fortaleza.....	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Idade dos participantes.....	60
Gráfico 2:	Cor da pele dos participantes.....	63
Gráfico 3:	Escolaridade dos participantes.....	63
Gráfico 4:	Renda média mensal.....	64
Gráfico 5:	Identidade de gênero dos participantes.....	64
Gráfico 6:	Orientação sexual dos participantes.....	65
Gráfico 7:	Pertencimento a Povos e Comunidades Tradicionais Vulnerabilizados.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Categorias e subcategorias preliminares que surgiram na fase de pré-análise.....	50
Tabela 2:	Categorias e subcategorias finais.....	55
Tabela 3:	Índice de desenvolvimento humano dos bairros dos participantes do estudo.....	62

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS	Atenção Primária à Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODIVIS	Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual de Fortaleza
CORES	Coordenadorias regionais de saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRAB	Grupo de resistência Asa Branca
GT	Grupo de Trabalho Institucional sobre Saúde da População LGBT
HIV	Vírus da Imunodeficiência adquirida
HSM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexos, assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
ONG	Organização não governamental

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSI LGBT	Política Nacional de Saúde Integral para o público LGBT
SEDIV	Secretaria da Diversidade do Ceará
SEDUC	Secretaria de Educação do Estado do Ceará
SERTRANS	Serviço ambulatorial transdisciplinar para pessoas transgênero
STDS	Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema único de saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNA LGBT	União Nacional LGBT

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	Contexto Histórico e Social da População LGBTQIA+.....	18
1.2	Desafios Atuais Enfrentados pela População LGBTQIA+.....	19
1.3	Políticas públicas LGBTQIA+ no Brasil.....	21
1.4	Atenção Primária no contexto da População LGBTQIA+.....	24
1.5	Políticas públicas LGBTQIA+ no município de Fortaleza.....	25
1.6	Considerações sobre os conceitos de acesso.....	28
1.7	Referenciais Teóricos que irão embasar a interpretação dos achados	30
1.7.1	A Contribuição de Pierre Bourdieu.....	30
1.7.2	A contribuição de Judith Butler.....	33
1.8	Hipótese do trabalho.....	35
2	JUSTIFICATIVA.....	36
3	OBJETIVOS.....	37
3.1	Objetivo Geral.....	37
3.2	Objetivos Específicos.....	37
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1	Tipo e local de estudo.....	38
4.2	População, “amostra”, técnicas, instrumentos, coleta e análise de dados.....	39
4.2.1	População.....	39
4.2.2	“Amostra”	40
4.2.3	Das entrevistas em profundidade.....	42
4.2.4	Estruturação e análise dos dados.....	46
4.3	Aspectos éticos.....	58
5	APRESENTAÇÃO DOS ACHADOS.....	60
5.1	Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	60
5.1.1	Idade dos participantes.....	60
5.1.2	Bairros onde residem os participantes.....	61
5.1.3	Cor da pele.....	62
5.1.4	Escolaridade.....	63
5.1.5	Renda média mensal.....	63
5.1.6	Identidade de gênero.....	64

5.1.7	Orientação sexual.....	64
5.1.8	Pertencimento a povos e comunidades tradicionais e vulnerabilizados.....	65
5.2	Apresentação das categorias, o que o campo me trouxe.....	66
5.2.1	Categoria “problemas no acesso”	67
5.2.1.1	Subcategoria “LGBTfobia velada”.....	67
5.2.1.2	Subcategoria “público LGBTQIA+ ligado à ISTs”	72
5.2.1.3	Subcategoria “falta de tratamento humanizado”	77
5.2.1.4	Subcategoria “medo de sofrer LGBTfobia”	80
5.2.1.5	Subcategoria “evasão dos serviços por LGBTfobia”	84
5.2.1.6	Subcategoria “onde está o preconceito no percurso do atendimento?”	88
5.2.1.7	Subcategoria “evasão dos serviços por falta de descrição”	91
5.2.1.8	Subcategoria “automedicação”	93
5.2.2	Categoria “transfobia nas UAPS”	96
5.2.2.1	Subcategoria “desrespeito ao nome social/pronomes”	97
5.2.2.2	Subcategoria “evasão dos serviços por transfobia”	104
5.2.2.3	Subcategoria “dificuldades no uso dos banheiros”	109
5.2.2.4	Subcategoria “saga para encontrar profissionais da saúde”.....	113
5.2.3	Categoria “falta de preparo dos profissionais”	117
5.2.4	Categoria “vou à UAPS mesmo com LGBTfobia”	123
5.2.5	Categoria “melhoras percebidas e experiências positivas”	126
5.2.6	Categoria “estratégias de melhora do acesso”.....	134
5.2.6.1	Subcategoria “capacitação/formação profissional”	135
5.2.6.2	Subcategoria “legislações e políticas públicas efetivas e eficazes”	140
5.2.6.3	Subcategoria “tratamento humanizado”	146
5.2.6.4	Subcategoria “importância da rede de apoio”	150
5.2.6.5	Subcategoria “capilarizar os serviços”	153
5.2.6.6	Subcategoria “aumentar os estudos na temática LGBTQIA+”	157
5.2.7	Categoria “sistema de Saúde Cisheteronormativo”.....	159
5.2.7.1	Subcategoria “apagamento da identidade de gênero e orientação sexual”	160
5.2.7.2	Subcategoria “passabilidade”	164
5.2.7.3	Subcategoria “impotência frente à cisheteronorma”	172
5.2.7.4	Subcategoria “Estado Negligente”	175
5.2.7.5	Subcategoria “suposição da cisheteronormatividade”	179

5.2.7.6	<i>Subcategoria “eles levam a religião para dentro do trabalho”</i>	182
5.2.7.7	<i>Subcategoria “patologização da sexualidade”</i>	184
5.2.7.8	<i>Subcategoria “poder dos profissionais frente aos usuários”</i>	187
5.2.7.9	<i>Subcategoria “alta demanda para poucos serviços”</i>	189
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
	REFERÊNCIAS	197
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	203
	APÊNDICE B – Perguntas norteadoras das entrevistas em profundidade..	205
	APÊNDICE C – Formulário de questões sociodemográficas	206
	APÊNDICE D – Coletânea de todas as falas em suas respectivas categorias	208
	ANEXO 1 – Parecer substanciado do comitê de ética e pesquisa da UFC	245

PORQUE ESCOLHI ESSE TEMA

Minha história de interesse pelos direitos LGBTQIA+ começa com minha própria aceitação enquanto homem negro e gay. Vindo de um contexto em que o respeito e os direitos são reconhecidos à base de muita luta, comecei a me questionar e a refletir sobre como poderia contribuir, de forma efetiva, para a promoção dos direitos da população LGBTQIA+. Escolhi o mestrado para deixar uma contribuição à causa, entregando uma pesquisa sobre uma temática que considero bastante relevante e atual. Mas antes dessa decisão, houve um percurso que relato um pouco abaixo.

Ao me formar em odontologia em 2018 e iniciar minha atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) no interior do Ceará, deparei-me com um dado inquietante: em seis anos de atendimento, nenhuma pessoa trans havia me procurado para atendimento odontológico. Essa ausência me despertou questionamentos profundos sobre as barreiras que impediam esse acesso. Por que essas pessoas não estavam chegando até os serviços de saúde, mesmo em espaços onde o acesso deveria ser garantido?

Essas inquietações me levaram ao mestrado em Saúde Pública, onde encontrei no programa e em meu orientador o acolhimento necessário para investigar o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde. A proposta inicial foi lapidada ao longo do percurso acadêmico, em um processo repleto de surpresas, novas rotas e descobertas, que também me transformaram enquanto pesquisador qualitativo. Essa trajetória reforçou meu compromisso com a produção de conhecimento que possa contribuir para a redução das desigualdades e barreiras de acesso enfrentadas pela população LGBTQIA+.

Concluir esta pesquisa é, para mim, motivo de alegria e realização. Ter a oportunidade de contribuir para os estudos de gênero no Brasil, dentro de um programa de pós-graduação em Saúde Pública de uma universidade pública, é profundamente significativo. Espero que os resultados desta dissertação possam gerar frutos potentes para o enfrentamento das iniquidades e barreiras de acesso vivenciadas pela população LGBTQIA+, não apenas em Fortaleza, mas também em contextos similares ao redor do mundo. Afinal, as dores descritas pelos participantes desta pesquisa ecoam as dores de muitas outras pessoas, mesmo que em intensidades e contextos diferentes.

Ao leitor que chega até aqui, desejo boas-vindas! Espero que a leitura seja instigante e gere reflexões importantes sobre o pensar e o fazer saúde para nossa comunidade LGBTQIA+.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contexto Histórico e Social da População LGBTQIA+¹

A trajetória de luta pelos direitos da população LGBTQIA+ no Brasil é marcada por avanços significativos e desafios persistentes, refletindo as tensões entre os movimentos sociais e a estrutura conservadora da sociedade. A partir da década de 1970, durante o processo de redemocratização, surgiram movimentos sociais que não apenas reivindicavam direitos civis e políticos, mas também questionavam normas heteronormativas e patriarcais profundamente enraizadas no tecido social brasileiro (Brasil, 2013; Martins; Preuss; Silva, 2021). Esse período marcou o início de uma maior visibilidade para questões relacionadas à sexualidade e identidade de gênero, colocando as demandas LGBTQIA+ no centro do debate público.

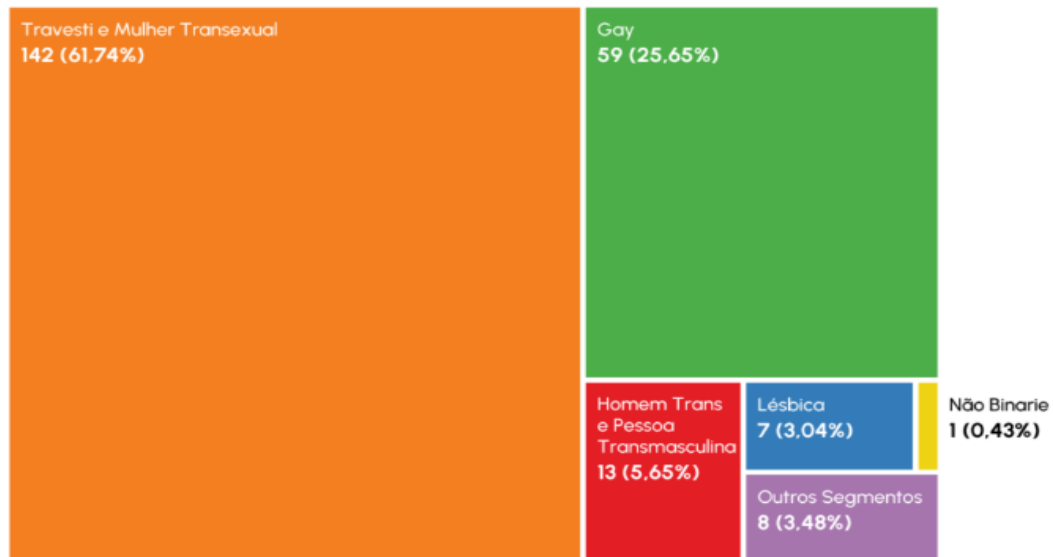
Entretanto, essa visibilidade veio acompanhada de resistência e violência. O Brasil permanece entre os países mais letais para pessoas LGBTQIA+, com dados alarmantes de violência física e simbólica. Conforme o Observatório de Mortes e Violências contra LGBTQIA+, em 2022, um LGBTQIA+ foi assassinado a cada 32 horas, evidenciando a gravidade do problema (Dossiê [...], 2024). Esses números não apenas refletem a intolerância presente na sociedade, mas também apontam para a subnotificação, fruto da ausência de políticas públicas eficazes e de metodologias consistentes para registrar esses casos (Mendes; Silva, 2020). A violência, contudo, vai além das estatísticas, sendo também simbólica, expressa em práticas sociais que reforçam a exclusão e a marginalização.

Particularmente, as pessoas trans enfrentam uma realidade ainda mais severa. A expectativa de vida dessa população é de apenas 35 anos, ilustrando a confluência de fatores como exclusão social, desemprego e acesso limitado a serviços básicos. A cisheteronormatividade, que estrutura a sociedade e os sistemas institucionais, contribui para a invisibilidade e a deslegitimação de identidades trans, reforçando práticas excludentes que dificultam o acesso à educação, saúde e trabalho (Costa-Val *et al.*, 2022).

¹ Anteriormente o grupo era chamado de Movimento Homossexual do Brasil. Nos anos 70 houve um processo de popularização do termo 'Entendidos' para gays e lésbicas e nos anos 80 a sigla começou a ganhar forma com a popularização de novos termos, que seria o GLS. Esse termo não conseguia contemplar toda a população LGBT, travestis e transexuais também eram vítimas do preconceito. Então na entrada dos anos 2000 surgiu a sigla GLBT. A partir de 2008 uma nova mudança foi considerada, para se dar mais visibilidade para mulheres lésbicas, a sigla saiu de GLBT para LGBT. Com o fortalecimento de outras identidades, como intersexuais, e de orientações sexuais, como os assexuais, passou-se a se adotar o LGBTQIA+, e mais recentemente a sigla passou para LGBTQIAPN+. Nesse trabalho adotaremos a sigla LGBTQIA+.

Apesar desses desafios, as últimas décadas foram marcadas por importantes conquistas. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) representam passos significativos no reconhecimento das demandas dessa população. Contudo, essas políticas enfrentam retrocessos políticos e sociais que ameaçam sua consolidação, especialmente diante do fortalecimento de discursos conservadores e antidemocráticos. Nesse cenário, a pesquisa acadêmica e os movimentos sociais continuam desempenhando um papel crucial para documentar, analisar e propor estratégias de enfrentamento às desigualdades estruturais que afetam a população LGBTQIA+ (Guimarães *et al.*, 2020; Gouvêa; Souza, 2021).

Figura 1: Número de mortes violentas de LGBTQIA+ no Brasil por segmento, em 2023



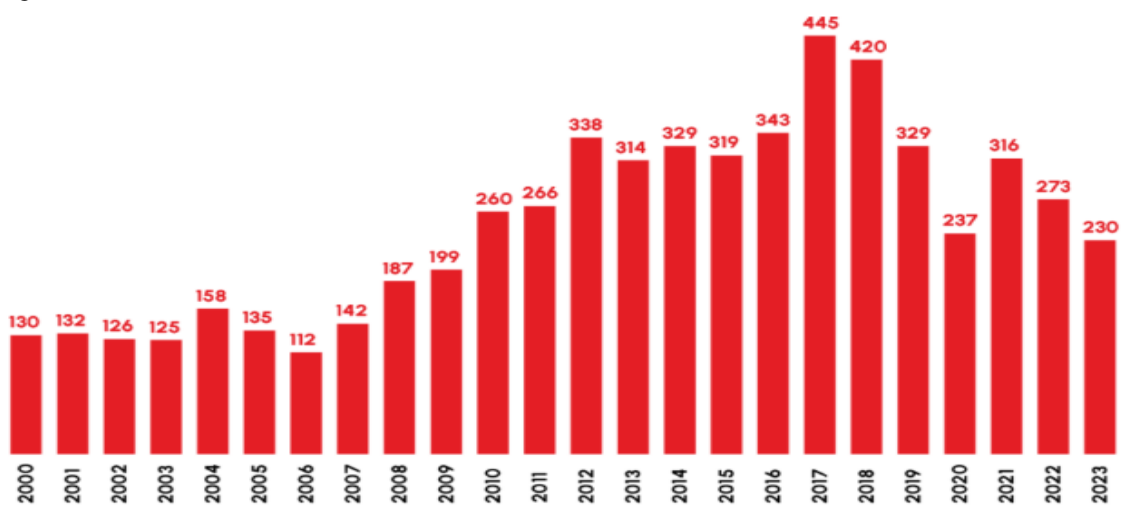
Fonte: Observatório de Mortes e Violências contra LGBTQIA+, 2024.

1.2 Desafios Atuais Enfrentados pela População LGBTQIA+

A população LGBTQIA+ no Brasil enfrenta um panorama de desafios complexos, que atravessam múltiplas dimensões da vida social, cultural e institucional. Entre os aspectos mais preocupantes está a violência motivada por preconceito. De acordo com o Observatório de Mortes e Violências contra LGBTI+, apenas em 2022, houve o assassinato de um LGBTI+ a cada 32 horas, refletindo um cenário de extrema vulnerabilidade. Além disso, a subnotificação permanece como um obstáculo significativo, dificultando a real dimensão do problema e a formulação de políticas públicas específicas para seu enfrentamento (Mendes; Silva, 2020; Dossiê [...], 2024).

Essa violência não é apenas física, mas também simbólica e institucional. No campo da saúde, por exemplo, as práticas discriminatórias e a cisheteronormatividade que permeiam os serviços configuram barreiras significativas ao acesso. Profissionais de saúde muitas vezes não reconhecem ou não estão capacitados para lidar com as especificidades de pessoas LGBTQIA+, especialmente pessoas trans, que enfrentam desrespeito ao nome social, negligência e violência simbólica em atendimentos. Essas dinâmicas resultam em afastamento dos serviços formais de saúde, contribuindo para a automedicação e para o agravamento de condições de saúde física e mental (Costa-Val *et al.*, 2022; Guimarães *et al.*, 2017).

Figura 2: Número de mortes violentas de LGBTQIA+ no Brasil entre 2000 e 2023



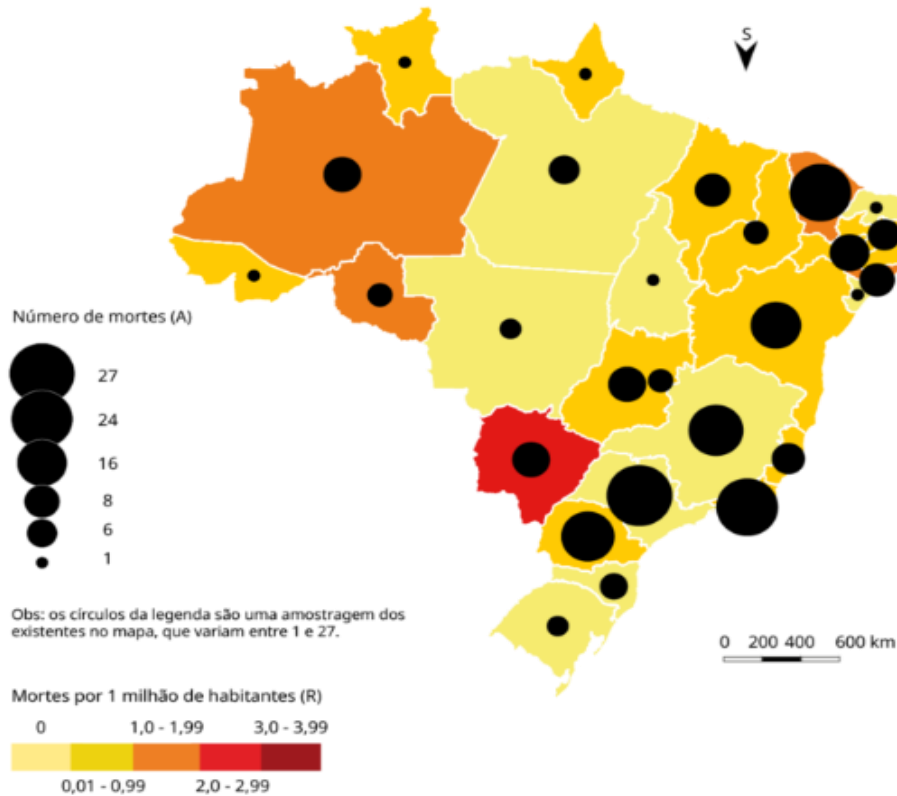
Fonte: Observatório de Mortes e Violências contra LGBTQIA+, 2024.

Outro desafio importante é a exclusão social que atinge especialmente pessoas trans e travestis. A expectativa de vida dessa população, de apenas 35 anos, está atrelada a um ciclo de exclusão que começa na família e na escola, prolongando-se no mercado de trabalho e nos serviços de saúde. Essa exclusão é reforçada por uma cultura cisheteronormativa que deslegitima corpos e identidades dissidentes, limitando seu acesso a direitos fundamentais. Além disso, as desigualdades são agravadas pela falta de políticas públicas específicas e pela precariedade na implementação das políticas existentes (Costa-Val *et al.*, 2022; Sousa Júnior; Mendes, 2021).

No âmbito político, o fortalecimento de segmentos conservadores representa um retrocesso nas conquistas da população LGBTQIA+. Discursos de ódio e a revogação de portarias e programas que promoviam a equidade intensificam a insegurança dessa população em relação ao futuro de seus direitos. Essa conjuntura não apenas dificulta avanços, mas

também ameaça direitos já adquiridos, reforçando o caráter estrutural das desigualdades enfrentadas (Sousa Júnior; Mendes, 2021).

Figura 3: Distribuição espacial de mortes violentas de LGBTQIA+ no Brasil, por Unidade da Federação, em 2023.



Fonte: Observatório de Mortes e Violências contra LGBTQIA+, 2024.

Esses desafios exigem respostas intersetoriais e políticas inclusivas que combatam a LGBTfobia em todas as suas formas. Isso inclui a capacitação de profissionais, a criação de espaços seguros e acolhedores, e a implementação de estratégias que garantam a equidade no acesso a direitos fundamentais. Para além disso, é fundamental promover a conscientização social sobre a diversidade de corpos, identidades e experiências LGBTQIA+, como uma forma de enfrentar as estruturas de exclusão e construir uma sociedade mais justa e igualitária (Gomes *et al.*, 2018).

1.3 Políticas públicas LGBTQIA+ no Brasil

O Brasil tem avançado, ainda que de forma desigual, na implementação de políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Um marco importante foi a criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) em 2011, que busca garantir o atendimento

equitativo e integral às pessoas LGBTQIA+ no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política resulta de um longo histórico de lutas e reivindicações dos movimentos sociais, que pressionaram o Estado a reconhecer as especificidades dessa população no campo da saúde (Guimarães *et al.*, 2020).

A elaboração da PNSI LGBT é respaldada pelos princípios da Constituição Federal de 1988, que assegura cidadania e dignidade da pessoa humana e reforça o compromisso do Estado de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Esses princípios orientaram a 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2010, onde foi oficialmente apresentada a política, com o objetivo de garantir o atendimento à população LGBTQIA+ de forma equânime e sem discriminação (Guimarães *et al.*, 2020).

O desenvolvimento dessa política reflete um contexto mais amplo de lutas sociais. Nos anos 1980, durante a redemocratização e a reforma do sistema de saúde, os movimentos feministas e LGBTQIA+ intensificaram sua atuação, fortalecendo a relação com o poder público. Já no final da década de 1970, os movimentos sociais começaram a conquistar visibilidade no Brasil, lutando por direitos civis, políticos e sociais. Essas demandas ganharam maior espaço em períodos de abertura política, permitindo avanços significativos nas políticas públicas, especialmente no campo da saúde (Brasil, 2013; Martins; Preuss; Silva, 2021).

A década de 1980 também marcou o início das lutas contra o vírus HIV e as doenças sexualmente transmissíveis (hoje ISTs), consolidando ações preventivas em nível nacional e internacional. Já nos anos 1990, os grupos organizados expandiram-se, promovendo uma maior articulação em torno da diversidade sexual como tema político e social central (Brasil, 2013; Martins; Preuss; Silva, 2021).

Nesse contexto, a Reforma Sanitária Brasileira desempenhou um papel fundamental, redefinindo o conceito de saúde como um direito universal e promovendo a criação do SUS. Essa transformação garantiu que fatores como alimentação, habitação, educação e renda fossem integrados ao conceito de saúde, ampliando as possibilidades de inclusão social (Preuss; Martins, 2019). A 8ª Conferência Nacional de Saúde consolidou essa visão, destacando que o direito à saúde é uma condição essencial para a dignidade humana e a justiça social (Preuss; Martins, 2019).

Avanços adicionais ocorreram com o lançamento do programa Brasil sem Homofobia, em 2004, que marcou o compromisso do Estado com a promoção da cidadania LGBTQIA+.

Esse programa incentivou a elaboração de políticas públicas voltadas à não discriminação e ao atendimento das demandas específicas dessa população. A criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006, foi outro marco importante, legitimando a participação social no SUS e garantindo a representatividade LGBTQIA+ nas decisões sobre saúde pública (Gouvêa; Souza, 2021).

Um momento significativo foi a realização da I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em 2008, que discutiu estratégias específicas para atender às necessidades da população LGBTQIA+. Entre as conquistas, destaca-se a publicação da Portaria nº 1.707, que introduziu o processo transexualizador no SUS, ampliando o acesso à cirurgia de redesignação sexual e a outros cuidados relacionados à saúde de pessoas trans (Gouvêa; Souza, 2021).

Além disso, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, lançado em 2009, formalizou os princípios da PNSI LGBT, estabelecendo diretrizes para ações integradas no âmbito da saúde. Essa política reafirma o compromisso do SUS com a inclusão, reconhecendo os efeitos da discriminação no processo saúde-doença e buscando estratégias para enfrentá-los (Brasil *et al.*, 2017).

No entanto, mesmo com esses avanços, desafios significativos permanecem. Estudos apontam que o desconhecimento da PNSI LGBT por parte de profissionais de saúde, a ausência de dados precisos sobre a população LGBTQIA+ (IBGE, 2022)² e a LGBTfobia institucional são obstáculos à efetividade das políticas existentes (Gomes *et al.*, 2018). Além disso, a subnotificação de dados relacionados à violência e às necessidades de saúde dessa população dificulta a avaliação e a atualização das políticas públicas (Gouvêa; Souza, 2021; Silva *et al.*, 2020).

Para que essas políticas sejam plenamente implementadas, é essencial investir em formação continuada para os profissionais de saúde, atualizar as diretrizes da PNSI LGBT para incluir novas demandas do movimento LGBTQIA+ e fortalecer os mecanismos de

² Embora a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 tenha sido pioneira ao incluir perguntas sobre orientação sexual em uma pesquisa nacional conduzida pelo IBGE, a abordagem enfrentou críticas devido às suas limitações. As opções oferecidas se restringiram a heterossexual, homossexual, bissexual e "outra", sem detalhar outras possibilidades, como pansexualidade ou assexualidade, e sem explicitar as complexidades relacionadas à fluidez sexual. Além disso, a pesquisa não abordou questões de identidade de gênero, excluindo informações específicas sobre pessoas trans e não-binárias. Essas lacunas evidenciam a necessidade de metodologias mais inclusivas e abrangentes em levantamentos futuros, especialmente para subsidiar políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+. Um estudo mais inclusivo nesse quesito foi realizado por Spizzirri *et al.* (2022), sendo o primeiro a avaliar a proporção de pessoas ALGBT em um país latino-americano com uma amostra representativa da população brasileira. Os resultados indicaram que 1,37% dos entrevistados se identificaram como gays, 0,93% como lésbicas, 2,12% como bissexuais, 0,68% como transgêneros, 1,18% como não-binários e 5,76% como assexuais.

participação social no SUS. Somente por meio de ações integradas e comprometidas será possível garantir que o direito à saúde, universal e equitativo, se torne realidade para toda a população LGBTQIA+ no Brasil (Gomes *et al.*, 2018).

1.4 Atenção Primária no contexto da População LGBTQIA+

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, e conforme portaria que atualiza PNAB em 2017:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, Art. 2).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, frequentemente, o primeiro ponto de contato da comunidade com os serviços de saúde. Esse nível de atenção tem como objetivo proporcionar uma melhor atenção aos indivíduos, utilizando estratégias e tecnologias em saúde que considerem tanto as necessidades individuais quanto as da comunidade. No entanto, essa porta de entrada nem sempre é acolhedora para todos, especialmente para as pessoas LGBTQIA+. Barreiras organizacionais, sociais, culturais e de comunicação dificultam o acesso e a qualidade do atendimento, exigindo uma reflexão sobre a efetividade desse acesso para essa população (Reis, 2022).

A falta de acolhimento humanizado, manifestada em práticas discriminatórias, reforça a busca por serviços clandestinos e atendimentos precários, especialmente voltados para a modificação corporal. Essa realidade potencializa os riscos à saúde, particularmente para pessoas trans e travestis. Embora a APS deva ser a principal via de acesso ao SUS, autores apontam que, para sujeitos que fogem ao padrão cisheteronormativo, esse acesso ocorre de forma precária, muitas vezes pelas “portas dos fundos” dos serviços de saúde (Rocha; Sampaio, 2022).

O SUS assegura a qualquer pessoa, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, o direito a um atendimento acolhedor, humanizado e livre de discriminação. Porém, estudos indicam que pessoas transexuais e travestis frequentemente

relatam experiências de discriminação ou constrangimento nos serviços de saúde, dificultando seu acesso a cuidados integrais (Ferreira *et al.*, 2019). Essa realidade é preocupante, considerando o papel fundamental da APS como local de maior permanência dos usuários no sistema. A exclusão dessas pessoas da atenção básica muitas vezes as direciona para serviços especializados, como os centros do processo transexualizador. Embora esses serviços contem com profissionais capacitados, essa segregação limita o acesso da população trans às ações de promoção e proteção à saúde integral nos demais níveis do SUS (Guimarães *et al.*, 2020).

A situação de vulnerabilidade da população LGBTQIA+ é agravada pela persistência de concepções reducionistas e preconceituosas que restringem sua presença nos serviços de saúde a atendimentos relacionados a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como o HIV. Essa visão equivocada desconsidera as múltiplas demandas de saúde dessa população e reforça estigmas, dificultando o desenvolvimento de abordagens mais inclusivas e humanizadas (Tavares *et al.*, 2019). É fundamental promover uma transformação cultural nos serviços de saúde, formando profissionais capazes de compreender e atender às necessidades específicas de orientação sexual e identidade de gênero.

Nesse sentido, a capacitação para o atendimento integral e humanizado de pessoas LGBTQIA+ deve ser fortalecida desde a graduação. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de Medicina de 2014 por exemplo, nos artigos 5º e 12º, destacam a importância de preparar os futuros profissionais para lidar com a diversidade e assegurar cuidados respeitosos e inclusivos. Além disso, é essencial que a inclusão da temática em diversidade sexual e de gênero sejam ampliadas para programas de pós-graduação e ações de capacitação contínua dentro das instituições de saúde, assegurando que o SUS esteja alinhado aos princípios de equidade e universalidade (Neto *et al.*, 2020).

Portanto, superar as barreiras enfrentadas pela população LGBTQIA+ na APS exige esforços intersetoriais que promovam mudanças nas práticas organizacionais e culturais dos serviços de saúde. Somente com profissionais capacitados, políticas públicas inclusivas e o fortalecimento de uma cultura de respeito e acolhimento será possível garantir um acesso equitativo e integral para todos.

1.5 Políticas públicas LGBTQIA+ no município de Fortaleza

Sobre o contexto das políticas públicas LGBTQIA+ no município de Fortaleza, o Plano Municipal de Políticas para a População LGBT é o documento que rege as ações

municipais acerca das políticas públicas para o público LGBTQIA+ (Fortaleza, 2012).
Conforme o plano:

Na cidade de Fortaleza, desde a segunda década de 1980, o movimento social de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, vinha lutando pela inclusão desta população dentro das políticas públicas do governo municipal. Somente em 2005, com a gestão “Fortaleza Bela”, é que a Prefeitura de Fortaleza passa a assumir posição contra a lesbofobia, homofobia e transfobia criando a Assessoria Especial de Políticas Públicas para Diversidade Sexual, atendendo a uma demanda da população LGBT da cidade. A partir de 2009, com o objetivo de fortalecer mais essas políticas, a Assessoria passa a se chamar Coordenadoria de Diversidade Sexual, e vincula-se por lei, à então recém-criada Secretaria de Direitos Humanos, ampliando as suas ações e atuando em toda a cidade (Fortaleza, 2012, p. 19).

A Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CODIVIS) capacita vários órgãos/setores da Prefeitura para um atendimento humanizado e sem discriminações a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Cita-se, como exemplos, a Guarda Municipal de Fortaleza, Ouvidoria, profissionais da saúde, da educação e da assistência social (Fortaleza, 2012).

O município de Fortaleza também conta com equipamentos de proteção de defesa da população LGBTQIA+. O Centro de Referência LGBT Janaína Dutra, de gestão municipal e criado em 2005, e o Centro Estadual de Referência LGBT+ Thina Rodrigues, de gestão estadual e criado em 2021. Esses órgãos atuam na proteção e defesa de direitos relacionados à população LGBTQIA+ (Prado, 2023).

Com relação à pauta saúde da população LGBTQIA+, o plano tem em seu 2º eixo estratégico o objetivo de promoção da saúde integral, não discriminatória e adequada ao atendimento das demandas do público LGBTQIA+, considerando suas especificidades de orientação sexual e identidade de gênero, que contempla vários planos de melhoria de acesso deste público aos serviços públicos municipais de saúde.

Nesse contexto, são realizadas diversas ações por meio do esforço conjunto da Coordenadoria da Diversidade junto às demais secretarias municipais, em especial junto à Secretaria de Saúde e à Secretaria de Direitos Humanos do município, visando contemplar os objetivos do Plano Municipal de Políticas para a População LGBT de 2012. Como, por exemplo, o Grupo de Trabalho Institucional sobre Saúde da População LGBT (GT), que surge em 2008 inicialmente com foco em ações de saúde para a mulher lésbica e em 2010 se reestrutura para contemplar as demais populações LGBTQIA+. O GT é coordenado pela Coordenadoria da Diversidade Sexual e Coordenação Municipal de IST/AIDS e possui, dentre outras atividades, o objetivo de fomentar o debate nas Secretarias Regionais e nas

Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza e contribuir para qualificação e humanização dos profissionais de saúde.

Com relação a políticas estaduais para a população LGBTQIA+, com o lançamento do programa Brasil sem homofobia pelo governo federal em 2004, o governo do estado do Ceará cria 2007 a Assessoria de Políticas Públicas LGBT na Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS). Ela foi transformada em uma Coordenadoria de Políticas Públicas para LGBT através do Decreto nº 30.202 de 24 de maio de 2010, lotada na Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social e em 26 de novembro de 2013, através do Decreto Nº 31.347, esta coordenadoria tem sua nomenclatura e estrutura alterada e passa a fazer parte da estrutura do Gabinete do Governador (Ceará, [2010?]). Em 2023, a coordenadoria passa para o status de secretaria da Diversidade do Ceará (SEDIV), tendo como guias 3 eixos de trabalho: a promoção dos direitos humanos, a cidadania e a proteção. Os eixos foram pensados para a promoção de um trabalho transversal de política pública, que envolva as demais secretarias, como a de Segurança e Defesa Social (SSPDS) e a da Educação (SEDUC) (Campos, 2023).

Dentre as políticas públicas de saúde estaduais para o público transsexual, existe o serviço ambulatorial transdisciplinar para pessoas transgênero (SERTRANS) do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Criado em 2017. O ambulatório é um serviço de atenção à saúde de nível secundário que proporciona acompanhamento relacionado ao processo transexualizador, do uso do nome social à adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social, passando pela introdução da hormonioterapia. O ambulatório oferece atendimento multiprofissional com assistentes sociais, endocrinologista, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras. Em 2022, mais de 230 pessoas foram beneficiadas (Fernandes, 2023).

Apesar dessas ações, o município ainda enfrenta desafios na efetivação das políticas LGBTQIA+, o que parece ainda ser um cenário comum nas diversas regiões brasileiras diante do contexto histórico-cultural da atual sociedade. Conforme Sousa Júnior e Mendes (2021), alguns desafios são apontados para as políticas no setor como o avanço dos segmentos conservadores que, além de possivelmente cercear conquistas da assistência LGBTQIA+, também pode promover retrocessos. Além disso, há a insegurança de que portarias podem ser revogadas a qualquer momento, promovendo recuos no que se refere à assistência ao processo transexualizador, atualmente respaldado pelo Sistema Único de Saúde.

Há também uma expressiva distância entre o que se propõe executar e o que de fato é executado, e sinaliza que uma maior interlocução entre formuladores e executores das políticas públicas poderia aumentar seu alcance e efetividade. A escassez de recursos materiais e simbólicos, atrelada à violência encarada pelo segmento, dificultam à ambição política LGBTQIA+. Assim, o que se percebe nesse cenário é a super-representação de segmentos e interesses em detrimento de grupos excluídos. Esse fenômeno conecta-se intimamente à falta de medidas assistenciais LGBTQIA+ e pode ser apontado como causa da falta de efetividade das políticas já anunciadas (Sousa Júnior; Mendes, 2021).

1.6 Considerações sobre os conceitos de acesso

Conforme Assis e Jesus (2012), acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. As diferentes abordagens sobre acesso sugerem um quadro consolidado embasado na literatura, propondo que o acesso represente o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade; “acesso é a liberdade de usar serviços de saúde” e é representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade.

A disponibilidade caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário. A acessibilidade refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário; e, a aceitabilidade do serviço que abrange o subjetivo, o social e o cultural, tais como o grau que um determinado serviço é culturalmente seguro, por isso, defendem que a informação é essencial para que um potencial acesso transforme-se em uso de serviços (Assis; Jesus, 2012, p. 2868).

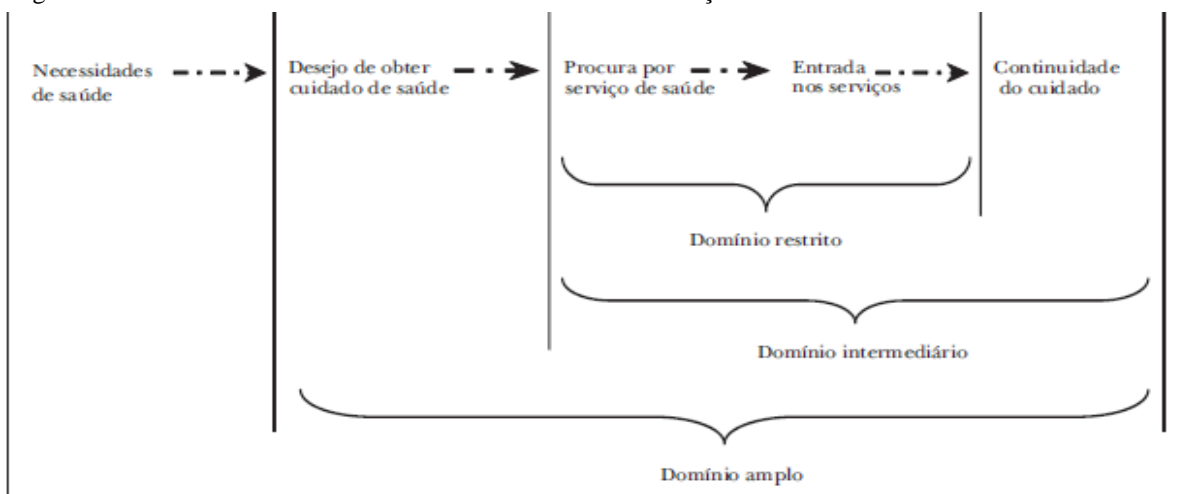
Conforme Julio Frenk (1992, apud Travassos e De Castro, 2012), o acesso aos serviços de saúde pode ser analisado por meio de diferentes domínios, nos quais se identificam fatores que influenciam sua utilização. Essa abordagem está alinhada ao modelo comportamental de Andersen e Newman (1973, apud Travassos e De Castro, 2012), que destaca como a utilização dos serviços de saúde é condicionada por fatores contextuais externos e pelas características do sistema de saúde. Esses fatores, por sua vez, são mediados por aspectos individuais, classificados em fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde:

Os fatores predisponentes são aqueles que existem antes do surgimento do problema de saúde; eles definem o indivíduo como mais ou menos propenso a procurar um serviço de saúde. Por exemplo, fatores demográficos, como idade e sexo, indicam diferenças biológicas. Fatores culturais também afetam a propensão de procurar

serviços de saúde. As preferências e os valores pessoais também fazem parte dos fatores predisponentes. Fatores capacitantes individuais são aqueles que devem estar presentes para que a utilização de serviços se realize. É preciso que existam instalações, equipamentos e profissionais da saúde, mas também que os indivíduos tenham os meios (renda, meios de locomoção, tempo) e as informações necessárias para chegar aos serviços e deles fazer uso. Por fim, as necessidades representam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticado por profissionais da saúde (Travassos; De Castro, 2012, p 189).

A figura abaixo ilustra os domínios de acesso conforme Julio Frenk (1992 *apud* Travassos; De Castro, 2012):

Figura 4: Fluxo de eventos entre necessidades de saúde e a obtenção de cuidados de saúde



Fonte: Travassos; De Castro, 2012

No modelo comportamental de utilização de serviços de saúde, Andersen (1995, *apud* Travassos e De Castro, 2012) ampliou o conceito de acesso, introduzindo novas dimensões, que incluem: acesso potencial (relacionado aos fatores capacitantes individuais e comunitários ou contextuais); acesso realizado (referente à efetiva utilização dos serviços de saúde); acesso efetivo (associado à utilização dos serviços que resultam na melhoria das condições de saúde ou na satisfação dos usuários); e acesso eficiente (que avalia as mudanças nas condições de saúde e na satisfação dos usuários em relação ao volume de serviços prestados).

Dessa forma, o acesso é entendido como um conceito multidimensional, em que cada dimensão reflete características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços de saúde (Travassos e De Castro, 2012). Essas dimensões incluem barreiras de disponibilidade, geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras. Tais barreiras, interligadas, influenciam diretamente a capacidade das pessoas de acessarem os serviços de saúde, seja ampliando ou limitando sua utilização.

Dentro desse contexto, discutir o aceitabilidade e as barreiras organizacionais de acesso é relevante no contexto da população LGBTQIA+, pois são conceitos intrinsecamente ligados às percepções de respeito, acolhimento e reconhecimento da diversidade. Serviços de saúde que não respeitam o nome social, pronomes ou demandas específicas dessa população comprometem a experiência de cuidado e afastam usuários que já se encontram em situações de vulnerabilidade. Como Assis e Jesus (2012), apontam, a falta de aceitabilidade pode se manifestar em práticas discriminatórias ou preconceituosas que, embora subjetivas, impactam diretamente a utilização dos serviços.

A abordagem de Travassos e Castro (2012) é essencial para compreender como a LGBTfobia opera como uma barreira organizacional, afetando a aceitabilidade e a efetividade do acesso à saúde. Por exemplo, práticas discriminatórias, falta de preparo de profissionais e normas cisheteronormativas podem criar barreiras que, embora sutis, têm impactos profundos na experiência de cuidado da população LGBTQIA+. Analisar essas barreiras a partir de uma perspectiva multidimensional ajuda a identificar estratégias para promover a equidade no acesso e garantir que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam cumpridos.

A superação de barreiras identificadas por Travassos e Castro (2012) exige ações intersetoriais que integrem mudanças nas estruturas organizacionais, capacitação contínua de profissionais e a promoção de um ambiente que respeite e valorize a diversidade cultural e subjetiva dos usuários. Dessa forma, a aplicação desse referencial teórico contribui para ampliar a compreensão das desigualdades no acesso à saúde e propor soluções alinhadas aos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

1.7 Referenciais Teóricos que irão embasar a interpretação dos achados

1.7.1 A Contribuição de Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu é amplamente reconhecido como um dos mais influentes sociólogos do século XX, cujas obras oferecem uma análise abrangente das relações de poder que estruturam as práticas sociais e culturais. Sua teoria é particularmente útil para entender como as desigualdades se perpetuam de forma simbólica e estrutural em campos sociais diversos. No presente estudo, que investiga as barreiras no acesso à saúde enfrentadas pela população LGBTQIA+, os conceitos de campo, *habitus* e violência simbólica são centrais para analisar

as dinâmicas de exclusão e discriminação presentes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

O conceito de campo é uma das inovações mais significativas de Bourdieu. Ele define o campo como um espaço social relativamente autônomo, onde agentes e instituições disputam recursos e posições de poder, de acordo com regras e lógicas específicas (Bourdieu, 1989). Cada campo possui uma estrutura própria, moldada por capitais simbólicos, econômicos, culturais ou sociais que os agentes acumulam e mobilizam.

No contexto do campo da saúde, esse espaço é regido por normas institucionais e práticas históricas que frequentemente refletem a cisheteronormatividade dominante na sociedade. As regras implícitas e explícitas que operam nesse campo posicionam corpos e identidades LGBTQIA+ como “desviantes”, resultando em tratamentos diferenciados ou mesmo em exclusões. Assim, o campo da saúde não é apenas um espaço de práticas profissionais, mas também um terreno onde desigualdades estruturais são reproduzidas e legitimadas.

O *habitus*, outro conceito central em Bourdieu, refere-se ao conjunto de disposições incorporadas pelos indivíduos ao longo de sua trajetória social. Essas disposições orientam percepções, atitudes e práticas, sendo moldadas pelas experiências históricas e contextuais dos agentes (Bourdieu, 1989). Em outras palavras, o *habitus* é o elo entre as estruturas objetivas dos campos e as ações subjetivas dos indivíduos.

No campo da saúde, o *habitus* dos profissionais é configurado por normas cisheteronormativas, que influenciam a maneira como percebem e interagem com os usuários LGBTQIA+. Por exemplo, comportamentos como olhares de julgamento ou atitudes de negligência muitas vezes não são percebidos pelos profissionais como preconceituosos, mas como “naturais”. Por outro lado, o *habitus* dos usuários LGBTQIA+ é moldado por experiências de exclusão e discriminação, que podem levar à internalização de sentimentos de vergonha, medo e desconfiança em relação aos serviços de saúde (Bourdieu, 1996).

Essas disposições impactam diretamente a relação entre profissionais e usuários, criando barreiras simbólicas que dificultam o acesso equitativo aos serviços. O *habitus* permite compreender por que determinados comportamentos se repetem em diferentes contextos e como eles perpetuam desigualdades, mesmo sem a intenção consciente dos agentes envolvidos.

A violência simbólica é talvez o conceito mais impactante de Bourdieu para compreender as formas de dominação que ocorrem de maneira sutil e legitimada. Segundo o

autor, a violência simbólica ocorre quando as desigualdades e exclusões são naturalizadas e aceitas tanto pelos dominadores quanto pelos dominados (Bourdieu, 1989). Essa forma de dominação opera por meio de práticas, discursos e representações que reafirmam o status quo, tornando as relações desiguais invisíveis ou inquestionáveis.

No campo da saúde, a violência simbólica se manifesta em interações rotineiras que parecem neutras, mas carregam preconceitos e exclusões implícitas. Exemplos incluem mudanças no tratamento após a revelação da orientação sexual, olhares de julgamento e negligência no cuidado de pessoas LGBTQIA+. Essas práticas não apenas reproduzem desigualdades, mas também reforçam sentimentos de exclusão e indignidade entre os usuários, desencorajando-os a buscar atendimento.

A violência simbólica também atua de forma estruturante no campo da saúde, moldando políticas e práticas institucionais que desconsideram as especificidades da população LGBTQIA+. Por exemplo, a ausência de capacitação adequada para profissionais de saúde ou a falta de protocolos específicos para o atendimento de pessoas trans são manifestações de violência simbólica institucionalizada.

Os conceitos de campo, *habitus* e violência simbólica estão intimamente conectados e ajudam a explicar como as dinâmicas de poder se reproduzem no campo da saúde. O campo estabelece as regras do jogo, definindo quais práticas e capitais são valorizados ou desvalorizados. O *habitus* dos agentes, por sua vez, internaliza essas normas e orienta suas práticas, que frequentemente reforçam as desigualdades estruturais do campo. A violência simbólica opera como um mecanismo que legitima essas desigualdades, tornando-as invisíveis ou aparentemente naturais (Bourdieu, 1996).

No contexto desta pesquisa, esses conceitos permitem interpretar as falas dos participantes de maneira que vai além da descrição empírica. Por meio deles, é possível compreender como práticas aparentemente inofensivas, como olhares ou comentários sutis, estão inseridas em um sistema mais amplo de exclusão simbólica. Eles também ajudam a identificar como a reprodução dessas práticas afeta a experiência de acesso à saúde pela população LGBTQIA+.

Ao adotar o referencial de Pierre Bourdieu, esta pesquisa busca explorar as dimensões simbólicas e estruturais que influenciam as experiências de LGBTfobia nas UAPS. Esses conceitos não apenas ajudam a interpretar os dados coletados, mas também fornecem uma base teórica para discutir mudanças necessárias nas práticas e políticas de saúde. A aplicação desses conceitos reforça a compreensão de que as barreiras enfrentadas pela população

LGBTQIA+ não são apenas individuais ou pontuais, mas refletem estruturas sociais amplas que precisam ser transformadas.

1.7.2 A contribuição de Judith Butler

Judith Butler, filósofa e teórica crítica, oferece uma abordagem inovadora para compreender a construção do gênero e suas implicações sociais e institucionais. Em obras como *Problemas de Gênero* (1990) e *Undoing Gender* (2004), Butler desconstrói a ideia de que gênero é uma característica intrínseca ou natural dos indivíduos, propondo o conceito de performatividade de gênero. Segundo Butler, o gênero não é uma identidade fixa, mas uma série de atos repetitivos, estilizados e normativos que produzem a aparência de uma essência estável. Esse processo é regulado por normas sociais que reforçam a binaridade de gênero e legitimam apenas expressões consideradas “normais” (Butler, 2003).

Outro conceito central em sua obra é o de inteligibilidade de gênero, que se refere à forma como certos corpos e identidades são reconhecidos (ou não) como legítimos dentro de um sistema normativo. Para Butler, a inteligibilidade de gênero está atrelada às normas culturais que moldam a percepção do que constitui um “gênero válido” em uma sociedade (Butler, 2003). Corpos e identidades que não se conformam a essas normas, como pessoas trans, não binárias e intersexuais, frequentemente enfrentam exclusão simbólica e institucional, pois não se encaixam nos moldes de “homem” ou “mulher”. Essa exclusão reforça a marginalização ao negar o reconhecimento dessas existências, tornando-as “ininteligíveis” no contexto social (Butler, 2015).

No contexto da saúde, essas normas cisheteronormativas se materializam em práticas institucionais que marginalizam corpos e identidades que fogem ao padrão binário. Por exemplo, o sistema de saúde frequentemente assume que pacientes podem ser categorizados exclusivamente como “homens” ou “mulheres”, ignorando experiências trans, não-binárias e intersexuais. Assim, a performatividade de gênero e a inteligibilidade de gênero tornam-se ferramentas que reforçam a exclusão e a invisibilidade dessas pessoas no campo da saúde.

Butler também introduz o conceito de violência discursiva (Butler, 2015), que descreve como a linguagem e as práticas simbólicas não apenas refletem, mas também produzem exclusão e marginalização. A violência discursiva ocorre quando certas identidades são deslegitimadas ou negadas por meio de práticas cotidianas, como o desrespeito ao nome social, a recusa em utilizar pronomes adequados ou o enquadramento de corpos trans como

“não autênticos”. No campo da saúde, isso pode se manifestar em questionamentos invasivos ou na recusa de atendimento adequado, reforçando a ideia de que essas pessoas não pertencem a esses espaços.

Essa violência não é apenas simbólica, ela tem consequências materiais e concretas. Indivíduos que enfrentam violência discursiva podem evitar procurar serviços de saúde, contribuindo para agravar sua vulnerabilidade social e sua saúde física e mental. No contexto do SUS, onde a promessa de universalidade e equidade deveria prevalecer, essas práticas contradizem os princípios do sistema e perpetuam desigualdades estruturais.

Outro conceito central no trabalho de Butler é o de vulnerabilidade (Butler, 2015), entendido como uma característica inerente a todos os corpos, mas intensificada para grupos marginalizados. Pessoas LGBTQIA+, especialmente pessoas trans, vivenciam uma dupla exposição: de um lado, enfrentam a vulnerabilidade inerente ao ser humano, e de outro, lidam com a exposição à violência simbólica, institucional e discursiva. No entanto, Butler não vê a vulnerabilidade apenas como fraqueza, mas também como um ponto de partida para a resistência.

A resistência, nesse contexto, pode surgir na forma de reivindicações por reconhecimento, na luta por políticas públicas inclusivas e na desconstrução de normas cisheteronormativas. Para Butler, reconhecer a vulnerabilidade como uma característica compartilhada por todos os corpos humanos pode abrir espaço para uma ética do cuidado que valorize a interdependência e a dignidade de todas as pessoas.

Os conceitos de Butler permitem analisar como as normas cisheteronormativas moldam práticas e estruturas no campo da saúde. No caso das UAPS, isso se traduz na forma como profissionais de saúde reproduzem essas normas por meio de práticas aparentemente neutras, mas profundamente excludentes. A performatividade de gênero pode ser observada, por exemplo, na insistência em categorizar pacientes de maneira binária, enquanto a violência discursiva emerge em práticas como a exposição de informações pessoais em espaços públicos ou o tratamento inadequado de demandas específicas, como o acesso a cuidados ginecológicos por homens trans.

O trabalho de Butler também fornece ferramentas teóricas para interpretar estratégias de resistência adotadas pelos indivíduos. Muitas pessoas LGBTQIA+ optam por evitar os serviços de saúde ou buscam profissionais que demonstram maior sensibilidade, como forma de preservar sua integridade física e emocional. Essa resistência, embora necessária, reforça a desigualdade no acesso e perpetua a exclusão.

Utilizar os conceitos de Judith Butler neste estudo permite ampliar a compreensão dos relatos de pessoas LGBTQIA+ ao conectar suas experiências individuais às normas estruturais que operam no sistema de saúde. A performatividade de gênero, a inteligibilidade de gênero, a violência discursiva e a vulnerabilidade são elementos centrais para analisar como a LGBTfobia e a transfobia se materializam nas interações cotidianas e como podem ser desconstruídas por meio de políticas públicas, capacitação de profissionais e práticas inclusivas.

Butler não apenas evidencia as barreiras enfrentadas por pessoas LGBTQIA+, mas também aponta caminhos para a transformação, destacando a importância de desestabilizar normas excludentes e criar espaços que acolham a diversidade de corpos e identidades.

1.8 Hipótese do trabalho

A hipótese central deste trabalho é que a LGBTfobia, em suas diversas formas, configura uma barreira organizacional crítica para o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. Essa barreira manifesta-se, especialmente, na forma de práticas discriminatórias e na ausência de acolhimento humanizado, impactando diretamente a aceitabilidade e efetividade dos serviços.

2. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista as poucas publicações na literatura sobre a temática aqui introduzida, especialmente no município de Fortaleza-CE, e considerando que a ausência de acolhimento adequado no âmbito dos estabelecimentos de saúde ainda configura um dos principais problemas enfrentados pela população LGBTQIA+, torna-se essencial investigar como essa população percebe o acesso às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município. As experiências relatadas pelos usuários LGBTQIA+ são fundamentais para compreender como a LGBTfobia, em suas diversas formas, influencia o acesso e a utilização dos serviços de saúde, impactando diretamente a aceitabilidade, efetividade e equidade desses serviços.

A LGBTfobia, manifesta em práticas discriminatórias, falta de preparo técnico e exclusão simbólica, constitui uma barreira organizacional crítica, frequentemente invisibilizada no contexto das políticas públicas de saúde. Essas dinâmicas refletem uma estrutura cisheteronormativa que perpetua desigualdades no cuidado, afastando a população LGBTQIA+ dos serviços e comprometendo seu direito à saúde integral. Investigar essas barreiras no nível da atenção primária é crucial, dado o papel central da APS como porta de entrada e permanência no SUS.

Ao focar na perspectiva dos usuários LGBTQIA+, esta pesquisa pretende contribuir para o fortalecimento das políticas públicas e estratégias de inclusão nas UAPS de Fortaleza-CE, visando superar barreiras organizacionais e promover práticas mais acolhedoras e respeitadas, alinhadas aos princípios de universalidade e equidade do SUS. Além disso, a análise crítica dessas experiências pode subsidiar ações que ampliem a capacitação dos profissionais de saúde e transformem as práticas institucionais, garantindo que a população LGBTQIA+ seja atendida de forma digna e livre de discriminação.

Dessa forma, este estudo não apenas preenche uma lacuna na literatura acadêmica, mas também oferece subsídios concretos para a construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo, que reconheça e valorize as especificidades da população LGBTQIA+ como parte fundamental do compromisso do SUS com a equidade e a integralidade.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Analisar como as barreiras de acesso, especialmente aquelas relacionadas à LGBTfobia, influenciam a qualidade do acesso das pessoas LGBTQIA+ nas UAPS do município de Fortaleza-CE.

3.2. Objetivos específicos:

- a) Descrever as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.
- b) Analisar a percepção das pessoas LGBTQIA+ sobre o acesso nas UAPS do município de Fortaleza-CE, com ênfase nas barreiras enfrentadas e nos aspectos relacionados à LGBTfobia.
- c) Identificar estratégias sugeridas pela população LGBTQIA+ para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos nas UAPS de Fortaleza.
- d) Identificar as melhorias percebidas e as experiências positivas relatadas pela população LGBTQIA+ no acesso aos serviços de saúde nas UAPS de Fortaleza, destacando práticas inclusivas e acolhedoras.
- e) Compreender como a cisheteronormatividade se manifesta nos serviços de saúde e suas implicações para o acesso e a qualidade do cuidado oferecido à população LGBTQIA+ nas UAPS de Fortaleza.

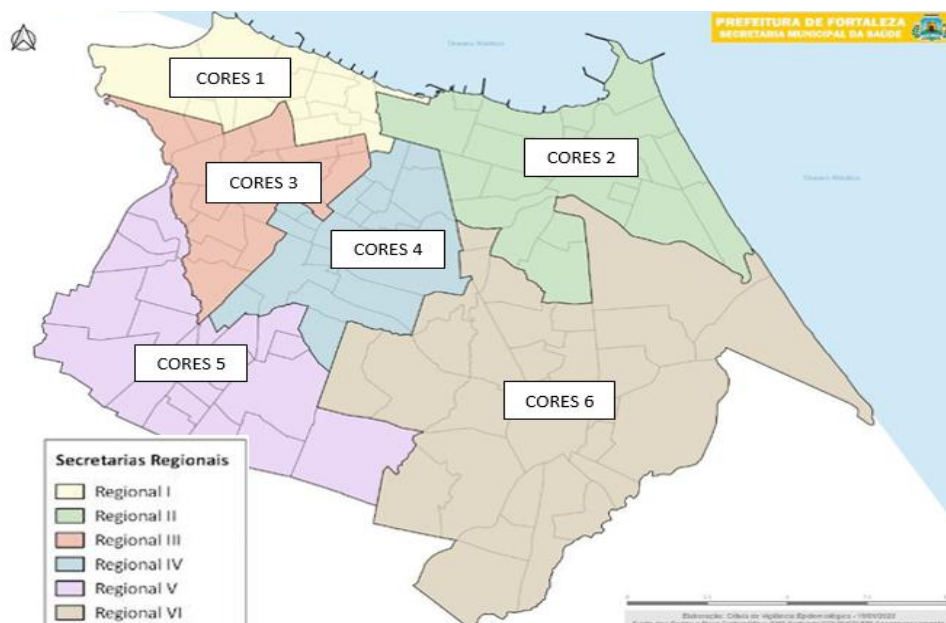
4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo e local de estudo

Trata-se de um estudo de caráter transversal, exploratório, com abordagem qualitativa e tem, como cenário, o município de Fortaleza, capital do Ceará.

O município de Fortaleza caracteriza-se como a quarta maior cidade do país em termos populacionais. Possui uma área de 312,3 Km² e população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2.428.708 habitantes conforme censo de 2022. Segundo dados do site e-gestor de dezembro de 2024, a cobertura da atenção primária à saúde de Fortaleza atinge 95,93%³ com suas 134⁴ unidades de atenção primária à saúde distribuídas em 6 coordenadorias regionais de saúde (CORES) que funcionam dentro de algumas secretarias regionais (SER) do município.

Figura 5. Distribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde no Município de Fortaleza-CE



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2024.

O paradigma qualitativo de pesquisa foi escolhido para trilhar esse caminho, tendo em vista que ao se falar de percepções, emoções, receios, medos e cuidado no âmbito dos serviços de saúde e sua relação com a população LGBTQIA+, entra-se em uma seara de

³ Dados presentes no site e-Gestor, busca realizada no campo relatórios públicos, cobertura da APS, cobertura da Atenção Primária (PNS 2020 – 2023). A competência mais recente disponível era de abril de 2024. Consulta atualizada em 24 de dezembro de 2024.

⁴ Informações disponíveis no site da prefeitura municipal de Fortaleza. Consulta atualizada em 24 de dezembro de 2024.

significados, intenções, símbolos que o paradigma quantitativo não daria conta em sua profundidade e complexidade (Bosi; Gastaldo, 2012)

4.2. População, “amostra”, técnicas, instrumentos, coleta e análise de dados

4.2.1 População

As pessoas que foram selecionadas para a realização dessa pesquisa foram aquelas que se consideravam pertencentes à população LGBTQIA+, maiores de 18 anos e usuárias dos serviços de atenção primária de alguma UAPS de Fortaleza. Para encontrá-las, lancei mão de algumas alternativas.

Primeiramente busquei me aproximar de órgãos oficiais da prefeitura de Fortaleza que tratam da temática LGBTQIA+, então visitei o Centro de Referência LGBT Janaína Dutra e a CODIVS, buscando compreender como estava a realidade de políticas públicas LGBTQIA+ na cidade e para que esses órgãos ficassem à par dessa pesquisa e de seus objetivos. Também busquei participar de encontros e reuniões que estavam sendo promovidos em Fortaleza que debatiam a temática LGBTQIA+, como os encontros na biblioteca Dolor Barreira⁵ que tratavam de temáticas diversas desde cultura, mercado de trabalho e saúde LGBTQIA+; também tive a oportunidade de ir a algumas das reuniões de organização da parada pela diversidade sexual do Ceará de 2023 de 2024, organizada pelo Grupo de resistência Asa Branca (GRAB).

Esses primeiros contatos me permitiram conhecer pessoas que me ajudaram a conhecer mais a realidade atual das políticas e do público LGBTQIA+ de Fortaleza e abriu portas para que eu conhecesse dois movimentos sociais importantes no cenário da cidade e do país: o coletivo Mães da Resistência⁶ e a União Nacional LGBT (UNALGBT⁷), essas foram importantes entidades que me auxiliaram a divulgar a pesquisa e a encontrar voluntários para participar dela.

⁵ A Biblioteca Dolor Barreira é um equipamento gerido pela Prefeitura Municipal de Fortaleza e recebe rotineiramente encontros voltados para a temática LGBTQIA+.

⁶ O Mães da Resistência é uma organização não governamental fundada em 1º de dezembro de 2021, dedicada ao acolhimento de mães, pais e familiares de pessoas LGBTQIA+.

⁷ A União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ou União Nacional LGBT — UNALGBT, fundada em 16 de outubro de 2015, em São Paulo, é uma organização da sociedade civil, de natureza política, que se organiza para promover e defender políticas públicas para a população LGBTQIA+ em seus mais diversos segmentos.

Outra forma de divulgação foi a impressão de panfletos e sua afixação em alguns locais da cidade como os restaurantes universitários da Universidade Federal do Ceará (UFC), o flanelógrafo do Cinema do Dragão do Mar, a biblioteca Dolor Barreira e a casa Amarela da UFC. Os recursos financeiros estavam escassos, por isso não pude imprimir muitos panfletos para espalhar pela cidade. Também fiz divulgação em minhas redes sociais (@instagram e @Whatsapp) a fim de buscar quem tivesse interesse e entrasse nos critérios de inclusão da pesquisa.

Com todo esse percurso, pessoas foram se apresentando e se candidatando a participar, o que considero fruto dessas diversas estratégias, lugares e pessoas que contactei. Algo que me chamou atenção foi o descontentamento especialmente de homens trans com as pesquisas realizadas pelas universidades, pois, nas palavras deles: “os pesquisadores só vêm aqui, pegam nossos relatos e somem... nos sentimos como objetos de pesquisa, não estamos vendo o retorno que queremos”. Então uma parte do meu diálogo com os participantes tinha como função me colocar a total disposição para quaisquer dúvidas e sugestões que poderiam enriquecer esse processo de pesquisa além de me comprometer a divulgar seus resultados em diversos lugares com a finalidade de haver um impacto necessário para mobilizar e pressionar os governantes por melhorias no acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIA+ de Fortaleza.

As pessoas que não entraram nesse processo de pesquisa foram aquelas que mostraram recusa em participar do estudo, menores de idade, pessoas que não se considerem LGBTQIA+ e usuários de serviços de saúde exclusivamente privados ou de outros níveis de atenção ou de fora da cidade de Fortaleza.

4.2.2 “Amostra”

No contexto desta pesquisa, optei por utilizar o termo “amostra” entre aspas para refletir sobre sua origem e uso tradicional em abordagens quantitativas. O termo, comumente associado a critérios estatísticos e de representatividade numérica, ganha aqui uma ressignificação ao ser aplicado em uma abordagem qualitativa. Nessa pesquisa, a “amostra” não busca representar uma população de forma estatística, mas sim capturar a profundidade e a diversidade das experiências e significados dos participantes em relação ao fenômeno estudado (Morse, 1991). Assim, o uso das aspas sinaliza uma crítica reflexiva e a adaptação do conceito à lógica interpretativa que norteia este trabalho.

Para a definição do número de participantes, adotei o conceito de “poder de informação”, conforme apresentado por Bosi e Gastaldo (2021), em alternativa ao critério tradicional de saturação teórica amplamente utilizado em metodologias qualitativas. Esse conceito valoriza a profundidade e a relevância das informações obtidas, priorizando a qualidade das narrativas em relação à quantidade de participantes. Ao considerar a diversidade e a complexidade das experiências LGBTQIA+ nos serviços de saúde, o “poder de informação” mostrou-se particularmente adequado, permitindo que, com 21 entrevistas, fosse alcançada uma rica variedade de dados capazes de responder aos objetivos do estudo.

Conforme as autoras (Bosi; Gastaldo, 2021), são características principais do “poder de informação”:

- a. Qualidade sobre quantidade:
 - A ênfase está em selecionar participantes que possuam experiências ou perspectivas altamente relevantes para o fenômeno estudado, permitindo dados ricos e significativos.
- b. Relevância dos dados:
 - A avaliação se concentra na capacidade dos dados obtidos de oferecerem respostas robustas às questões de pesquisa, ao invés de seguir uma métrica puramente numérica de saturação.
- c. Flexibilidade:
 - Essa abordagem permite ajustar o tamanho da amostra conforme necessário, considerando as complexidades e especificidades do campo investigado.
- d. Menor dependência de repetição:
 - Diferentemente da saturação, que se baseia na repetição dos dados e no momento em que “nada de novo” é identificado, o poder de informação reconhece que mesmo poucos participantes podem oferecer insights cruciais, especialmente em contextos específicos ou com populações difíceis de acessar.

Esse conceito é especialmente útil em estudos qualitativos que lidam com populações pequenas ou específicas, onde os pesquisadores podem obter dados altamente significativos de um número limitado de participantes, evitando a necessidade de buscar saturação em um grande número de entrevistas.

Então, com 21 entrevistados já tinha coletado uma rica quantidade de informações sobre o tema abordado para serem discutidos e abordados nas próximas páginas desse trabalho.

4.2.3 Das entrevistas em profundidade

Como técnica de coleta de dados, foram realizadas entrevistas em profundidade com participantes de diferentes identidades de gênero e orientação sexual tentando contemplar a diversidade existente na comunidade LGBTQIA+, dados esses apresentados na sessão 5 deste trabalho.

Minayo (2018) aponta que a entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal e no sentido estrito de construção de conhecimento sobre determinado objeto, é a técnica mais utilizada no processo de trabalho qualitativo empírico. Conforme a autora, a entrevista:

Constitui-se como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa de um entrevistador e destinada a construir informações pertinentes a determinado objeto de investigação. A entrevista pode prover informações de duas naturezas: sobre fatos cujos dados o investigador poderia conseguir por meio de outras fontes, geralmente de cunho quantitativo; e sobre o que se refere diretamente ao indivíduo em relação à realidade que vivencia e sobre sua própria situação (MINAYO, 2018, p.141)

Minayo (2018) descreve a entrevista individual como uma ferramenta de pesquisa que varia em sua organização e aplicação, dependendo dos objetivos do estudo. Os tipos principais são:

- **Levantamento de opinião:** conduzido por meio de um questionário totalmente estruturado, onde a seleção dos participantes é condicionada pelas respostas às perguntas previamente elaboradas pelo pesquisador.
- **Entrevista semiestruturada:** utiliza um roteiro com questões definidas e outras abertas, permitindo ao entrevistador manter controle sobre os tópicos de interesse, ao mesmo tempo que oferece ao entrevistado a possibilidade de expressar suas reflexões de forma espontânea. Este modelo é amplamente empregado por iniciantes na pesquisa.
- **Entrevista aberta ou em profundidade:** envolve um diálogo livre, orientado pelos parâmetros do objeto de estudo. O pesquisador introduz brevemente os objetivos e o

contexto da conversa, enquanto o entrevistado desenvolve o tema de forma autônoma. As entrevistas abertas e semiestruturadas são frequentemente preferidas em estudos qualitativos.

Nas entrevistas abertas, o pesquisador apresenta o objetivo da conversa e, ao longo da narrativa do entrevistado, insere perguntas baseadas nas informações compartilhadas, buscando enriquecer a análise. Não há uma ordem fixa para os temas abordados, já que o propósito é captar as prioridades e perspectivas do entrevistado em relação ao assunto (Minayo, 2018).

O material gerado nesse formato tende a ser mais denso e profundo em comparação com questionários ou roteiros semiestruturados. Essa abordagem permite acessar dimensões subjetivas que transcendem o esquema tradicional de pergunta e resposta. Para isso, o pesquisador deve adotar uma postura atenta, utilizando uma espécie de “esquema mental implícito” para identificar pontos significativos e explorar o tema de maneira mais detalhada (Minayo, 2018).

A escolha dessa metodologia visa aprofundar qualitativamente questões compartilháveis do tema estudado, além de possibilitar comparações entre grupos similares ou distintos. Em conjunto com outros métodos qualitativos, como a história de vida, a entrevista semiestruturada e a observação participante, essa abordagem auxilia o pesquisador a validar o percurso de sua investigação (Minayo, 2008; Correia, 2009).

Como exercício de reflexividade⁸ proposto por Bosi (2012), discorro aqui sobre o processo de desenvolvimento dessas entrevistas. Nas duas primeiras, utilizei um roteiro semiestruturado que tentei seguir de forma mais rígida. Entretanto, a partir da terceira entrevista, passei a realizar um discurso introdutório explicando o momento, os objetivos do trabalho e o que o participante poderia compartilhar, como uma espécie de disparador para o desenrolar do encontro. À medida que a conversa avançava, anotava pontos que gostaria de aprofundar, conduzindo assim os encontros de maneira mais flexível.

A adoção dessa abordagem mais flexível trouxe impactos significativos para a qualidade dos dados coletados. Percebi que, ao permitir que os participantes guiassem o fluxo da conversa, emergiam relatos e percepções que o roteiro semiestruturado, em sua rigidez,

⁸ A reflexividade, segundo Maria Lúcia Bosi, é a capacidade do pesquisador de analisar criticamente sua própria prática, reconhecendo a influência de suas perspectivas, valores e posicionamentos na construção do conhecimento. Essa postura implica uma constante autocrítica e adaptação às dinâmicas do campo de pesquisa, garantindo maior rigor na interpretação dos dados e promovendo um diálogo ético e respeitoso com os sujeitos da pesquisa.

talvez não tivesse captado. Essa espontaneidade resultou em dados mais ricos e contextualizados, permitindo que aspectos inesperados viessem à tona. No entanto, houve momentos em que o desvio do roteiro exigiu maior atenção para garantir que os objetivos da pesquisa fossem atendidos, demandando um equilíbrio constante entre permitir fluidez e conduzir a entrevista.

Essa mudança na condução das entrevistas alterou profundamente a dinâmica entre mim e os participantes. Inicialmente, eu me percebia como alguém que precisava guiar a conversa de maneira estruturada. Com o tempo, no entanto, assumi o papel de facilitador de um diálogo, permitindo que as narrativas fluíssem de forma mais natural. Passei a compreender que minha presença, linguagem corporal e as perguntas que escolhia fazer ou evitar influenciavam diretamente o conforto e a profundidade das respostas. Meu papel, assim, não se limitava à coleta de informações, mas envolvia também a criação de um espaço de confiança e acolhimento.

Ao longo do processo, observei como minha escuta se tornou progressivamente mais qualificada e atenta aos detalhes. Desenvolvi a habilidade de captar nuances nas falas dos participantes, prestar atenção às emoções expressas e identificar momentos que demandavam maior exploração. Essa prática de escuta atenta não apenas enriqueceu os dados, mas também fortaleceu a conexão entre mim e os entrevistados, criando um ambiente mais propício ao compartilhamento espontâneo.

Um exemplo marcante dessa mudança ocorreu quando percebi que os participantes desejavam compartilhar experiências de acesso aos serviços de saúde privados, tema que não constava nos objetivos iniciais da pesquisa. Ao explorar essas narrativas, no entanto, identifiquei informações fundamentais para compreender a perspectiva dos participantes sobre o tema central. Essa experiência reforçou a importância de não me limitar estritamente ao roteiro e de estar aberto às direções inesperadas que o diálogo podia tomar.

Além disso, a abordagem flexível e reflexiva adotada possibilitou a identificação de questões relevantes que inicialmente não emergiram de forma espontânea. Um exemplo significativo foi o *insight* obtido na 17ª entrevista que foi feita com uma pessoa trans, que apontou o medo de usar banheiros em espaços de saúde devido à transfobia. Esse momento levou à reformulação de perguntas para aprofundar o tema nas entrevistas subsequentes e revisitar participantes trans já entrevistados. Essa estratégia permitiu a coleta de uma série de relatos que confirmaram a gravidade do problema e demonstraram como a reflexividade foi essencial para captar dimensões importantes das vivências relatadas.

Esse processo dialoga diretamente com o conceito de reflexividade discutido por Bosi (2012), que enfatiza a necessidade de o pesquisador reconhecer sua influência no campo e adotar uma postura de constante autocrítica e adaptação. A flexibilidade desenvolvida durante as entrevistas representou uma prática reflexiva em ação, permitindo-me reavaliar continuamente as escolhas metodológicas e ajustar minha abordagem conforme as particularidades do contexto e as respostas dos participantes. Essa postura não apenas enriqueceu os dados coletados, mas também fortaleceu a relação de confiança entre pesquisador e entrevistados, essencial em estudos qualitativos que lidam com populações vulnerabilizadas.

Por fim, deixei o roteiro semiestruturado descrito no Apêndice B deste trabalho, bem como a introdução que passei a utilizar a partir da terceira entrevista.

As entrevistas ocorreram todas em formato online entre julho e agosto de 2024, por meio da plataforma *Google Meet*. Cada entrevista foi combinada com o/a participante conforme o melhor dia e horário que fosse possível para mim e para o/a participante. Um pouco antes da entrevista ser iniciada, o termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado para o/a participante e era perguntado se estava tudo claro e se havia alguma dúvida ou esclarecimento que pudesse ser levantado. Somente após o consentimento, a entrevista era iniciada. Além disso, a fim de coletar os dados sociodemográficos dos participantes, houve o envio de formulário com 13 questões via *Google Forms*, o conteúdo do formulário está descrito no apêndice C deste trabalho. Estavam presentes nesse momento apenas o pesquisador e o/a participante de cada entrevista, além de que era perguntado se o ambiente estava confortável para a realização do intento.

As entrevistas online foram gravadas utilizando o aplicativo nativo “Gravador” do iPhone. Esse aplicativo foi selecionado por sua praticidade e qualidade de gravação em formato digital (m4a), que preserva a clareza do áudio, mesmo em ambientes virtuais. Além disso, o aplicativo permite fácil organização e exportação dos arquivos, garantindo a integridade e a segurança dos dados coletados. Durante as entrevistas, o iPhone foi configurado no modo avião para evitar interrupções causadas por notificações ou chamadas, assegurando a continuidade e a qualidade da gravação. Essa medida também contribuiu para criar um ambiente mais controlado e livre de distrações durante a coleta dos dados.

Após a conclusão de cada entrevista, os arquivos de áudio foram transferidos do iPhone para o *Google Drive*, uma plataforma de armazenamento em nuvem. Esse procedimento visou assegurar a integridade dos dados e facilitar seu acesso para posterior

análise. Para garantir a segurança e o sigilo das informações, os arquivos foram armazenados em uma conta protegida por autenticação em duas etapas, em conformidade com as normas éticas de pesquisa e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), lei nº 13.709 de 2018 (Brasil, 2018).

O *Google Drive* foi escolhido como plataforma para armazenamento das gravações por oferecer recursos avançados de segurança, incluindo criptografia de dados em trânsito e em repouso, o que protege os arquivos contra acessos não autorizados. Além disso, a plataforma permite configurar autenticação em duas etapas, aumentando a proteção contra invasões. Outra vantagem é o controle de acesso granular, que permite ao pesquisador limitar quem pode visualizar ou editar os arquivos. Esses aspectos tornam o *Google Drive* um ambiente confiável para armazenamento de informações sensíveis, atendendo às exigências éticas e legais.

Ao somar o tempo total das 21 entrevistas em profundidade, foram contabilizadas 9 horas, 24 minutos e 04 segundos de áudio.

4.2.4 Estruturação e análise dos dados

Para essa pesquisa, foi escolhida a estratégia de análise temática de conteúdo conforme estruturada em Minayo (2008):

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos analíticos visa a dar consistência interna às operações (Minayo, 2008, p. 308).

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, e a análise temática é uma delas. A metodologia proposta por Minayo (2008) segue algumas etapas fundamentais:

- Pré-análise: Fase preparatória, na qual o material textual é selecionado e organizado. Isso inclui leitura flutuante (contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo), constituição do *corpus*⁹ e formulação e

⁹De acordo com Minayo (2008), o termo se refere ao conjunto total de dados estudados, o qual deve atender a certos critérios de validade qualitativa. Esses critérios incluem: *exaustividade*, garantindo que o material abranja

reformulação de hipóteses e objetivos¹⁰, já que os procedimentos exploratórios devem ser valorizados nesse momento, para que a riqueza do material de campo não seja obscurecida pelo tecnicismo¹¹

- Exploração do material: aqui, o pesquisador codifica o texto, ou seja, fragmenta o material em unidades de significado (palavras, frases, temas), que são posteriormente categorizadas. Essas categorias podem ser a priori (definidas antes com base no referencial teórico) ou a posteriori (emergem dos dados durante a análise). A categorização consiste no processo de redução do texto às palavras e expressões significativas que podem ser palavras, frases, temas, personagens ou acontecimentos indicados como relevantes, para em seguida realizar uma classificação e agregação dos dados escolhendo categorias teóricas¹² ou empíricas¹³, responsáveis pelas especificação dos temas.
- Tratamento dos resultados: após a categorização, os resultados são analisados para identificar padrões e inferências. O pesquisador interpreta os dados e os compara com o referencial teórico, buscando explicar os significados e as implicações dos achados. Há possibilidade de se abrirem novas pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas na imersão com o material.

Conforme Minayo (2008), a análise temática de conteúdo possui raízes positivistas, frequentemente associada a elementos quantitativos, como a identificação da frequência de núcleos de sentido¹⁴ nos dados analisados e a aplicação de testes estatísticos, como análise de

todos os aspectos propostos no roteiro; *representatividade*, assegurando que o material reflita as características essenciais do universo investigado; *homogeneidade*, garantindo que o material siga critérios rigorosos quanto aos temas abordados, às técnicas utilizadas e às características dos participantes; e *pertinência*, garantindo que os documentos analisados sejam adequados para responder às questões e objetivos da pesquisa..

¹⁰ Em Minayo (2008) esse processo consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material a indagações iniciais.

¹¹ Por isso se fala em reformulação de hipóteses, o que significa a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações.

¹² As categorias teóricas são aquelas que derivam de conceitos previamente definidos com base no referencial teórico utilizado na pesquisa. Elas são estabelecidas antes da análise, orientando o pesquisador sobre os aspectos que devem ser investigados nos dados. Essas categorias têm como base a literatura e as hipóteses iniciais da pesquisa e servem como um guia para compreender os fenômenos sob investigação.

¹³ As categorias empíricas, por outro lado, emergem diretamente dos dados durante o processo de análise. Elas são identificadas pelo pesquisador ao interpretar o conteúdo coletado, permitindo que aspectos não previstos inicialmente, mas que aparecem com frequência ou relevância, sejam incorporados à análise. Essas categorias refletem a realidade dos participantes e complementam ou ampliam as categorias teóricas.

¹⁴ Os núcleos de sentido, na análise temática de conteúdo, correspondem a unidades mínimas de significação identificadas no material analisado, que expressam elementos essenciais do discurso. Esses núcleos representam ideias-chave ou temas que se destacam pela sua relevância para o objeto de estudo, permitindo interpretar significados subjacentes, padrões ou estruturas simbólicas que permeiam a comunicação. Eles são delimitados com base na presença ou recorrência no texto e constituem a base para categorizações e interpretações analíticas.

porcentagens de frequência ou análises fatoriais. Essa abordagem parte do princípio de que a importância de uma temática está diretamente relacionada à sua regularidade e repetição nos discursos, caracterizando-se por uma análise mais formal e quantitativa.

Entretanto, variantes dessa metodologia têm se distanciado dessas raízes positivistas, concentrando-se na interpretação dos significados expressos nos dados, sem depender de inferências estatísticas. Essa abordagem qualitativa busca compreender os fenômenos em sua profundidade, considerando não apenas o que é dito, mas também como é dito, os contextos em que os discursos emergem e os sentidos atribuídos pelos participantes (Minayo, 2008). Foi com base nesse modelo interpretativo que optei desenvolver a análise dos achados desta pesquisa. Para Minayo (2008):

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para a análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (Minayo, 2008, p. 316)

A escolha por uma abordagem voltada aos significados, em vez de cálculos estatísticos de frequência, justifica-se por diversos fatores. Em primeiro lugar, a natureza do problema de pesquisa exige uma compreensão detalhada e contextual dos dados, pois lida com questões complexas relacionadas a experiências subjetivas e práticas sociais. Nesse contexto, a busca por significados permite explorar dimensões que poderiam ser obscurecidas por uma análise centrada exclusivamente em números (Braun; Clarke, 2006).

Além disso, essa abordagem está mais alinhada com os objetivos da pesquisa, que não visam a generalização estatística dos resultados, mas sim a construção de conhecimento aprofundado sobre as percepções e vivências dos participantes. A análise qualitativa baseada em significados possibilita revelar nuances, contradições e especificidades que uma contagem de frequência não seria capaz de captar (Patton, 2015).

Por fim, essa escolha metodológica reflete um compromisso com a valorização do discurso dos participantes em sua totalidade, reconhecendo que os sentidos não se limitam à regularidade com que aparecem, mas também residem na singularidade e profundidade de suas expressões (Minayo, 2008).

Para iniciar esse processo, foi preciso realizar a transcrição dos áudios de cada entrevista. O processo de transcrição foi realizado utilizando a ferramenta de inteligência artificial *Whisper* por meio de instalação no *Google Colaboratory*, uma plataforma baseada

em nuvem integrada ao *Google Drive*. Essa integração permite armazenar e acessar diretamente os arquivos dentro de um ambiente seguro e protegido pela infraestrutura do Google. O *Google Colaboratory* oferece uma interface acessível para a execução de códigos *Python*, permitindo a utilização de ferramentas de inteligência artificial, como o *Whisper*, sem a necessidade de infraestrutura computacional local. Essa abordagem garantiu não apenas a segurança e a organização dos dados, mas também a eficiência no processamento e na transcrição dos áudios das entrevistas, já que ao final o *Whisper* entrega o formato de texto de cada transcrição realizada.

Após a transcrição dos áudios das entrevistas, foi realizada uma revisão cuidadosa de cada transcrição para verificar a fidelidade do conteúdo com os áudios originais. Essa revisão teve como objetivo identificar possíveis erros de transcrição, como palavras ou frases mal interpretadas pela ferramenta *Whisper*, e assegurar que as transcrições refletissem com precisão o discurso dos participantes. O processo de revisão foi fundamental para garantir a integridade dos dados e a qualidade da análise subsequente.

Em seguida, o software MAXQDA foi utilizado como ferramenta de suporte para as fases de pré-análise e fase de exploração do material conforme preconizadas por Minayo (2008). O MAXQDA é um software especializado em análise de dados qualitativos e mistos, amplamente reconhecido por suas funcionalidades robustas para codificação, organização e visualização de dados textuais e multimodais.

Na fase de pré-análise, o MAXQDA foi utilizado para importar e organizar as transcrições das entrevistas em um ambiente digital sistemático. Essa etapa inicial permitiu a realização de uma leitura flutuante do material, destacando trechos relevantes e criando códigos preliminares alinhados aos objetivos da pesquisa. Durante a exploração do material, o software facilitou a codificação detalhada dos dados e a criação de memos¹⁵ analíticos, essenciais para registrar reflexões e *insights* ao longo do processo. Essa abordagem dinâmica e interativa contribuiu para identificar padrões e significados emergentes, possibilitando uma análise aprofundada das narrativas coletadas.

Na fase de exploração do material, o MAXQDA desempenhou um papel central na codificação detalhada dos dados. A ferramenta de codificação foi utilizada para identificar e

¹⁵ Os *memos* são anotações feitas pelo pesquisador durante o processo de análise para registrar reflexões, interpretações ou ideias que surgem enquanto se trabalha com os dados. Eles ajudam a documentar o raciocínio analítico e a construção de sentido ao longo da pesquisa, funcionando como uma espécie de diário ou notas de campo dentro do software. No caso do MAXQDA, os *memos* podem ser associados a trechos específicos de texto, a códigos ou até mesmo a documentos inteiros. Eles são muito úteis para organizar o pensamento, registrar *insights* e conectar ideias que podem ser relevantes na análise final.

agrupar trechos textuais que abordavam temas recorrentes ou de relevância particular para a pesquisa. Além disso, o software facilitou a criação de memos, que foram utilizados para registrar reflexões analíticas durante o processo. Por meio de suas funcionalidades de segmentação e busca, foi possível localizar e cruzar informações de forma eficiente, contribuindo para o aprofundamento da análise.

Inicialmente, optei por adotar uma abordagem indutiva para a construção das categorias de análise. Essa escolha reflete a intenção de permitir que as categorias emergissem diretamente dos dados coletados, garantindo que os padrões e temas identificados representassem as experiências e perspectivas dos participantes de forma genuína. Segundo Braun e Clarke (2006), a abordagem indutiva privilegia o desenvolvimento de categorias a partir do conteúdo empírico, sem imposições prévias de teorias ou estruturas preexistentes, promovendo uma compreensão contextualizada e enraizada nos dados. Essa perspectiva foi essencial para explorar a complexidade das narrativas dos usuários LGBTQIA+ e compreender como as barreiras de acesso se manifestam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

O processo de criação das categorias teve início na fase de pré-análise. Durante a leitura flutuante e a familiarização com o material disponível, categorias preliminares começaram a emergir. Este trabalho foi auxiliado, como mencionado, pelo software MAXQDA, que permitiu destacar partes do texto relevantes para os objetivos da pesquisa. A tabela a seguir apresenta as categorias e subcategorias preliminares identificadas nessa etapa.

Tabela 1: Categorias e subcategorias preliminares que surgiram na fase de pré-análise

Categorias preliminares e suas respectivas subcategorias preliminares	Número de trechos em que essas ideias aparecem
DIFICULDADE DE ACESSO À UAPS	95
<i>Evasão dos serviços por LGBTfobia</i>	20
<i>LGBTfobia velada</i>	11
<i>Falta tratamento humanizado</i>	9
<i>Medo de sofrer transfobia</i>	7
<i>Importância da rede de apoio</i>	6
<i>Evasão dos serviços por falha na discricção</i>	5
<i>Problemas identificados</i>	4
<i>Medo de sofrer LGBTfobia</i>	4
<i>Preferência por serviços privados</i>	4
<i>Eles levam suas religiões para dentro do trabalho</i>	4
<i>Automedicação</i>	3
<i>Falta de informação sobre os serviços</i>	2
<i>Como se sentiu em uma situação de LGBTfobia na UAPS</i>	2
<i>A porta de entrada estava fechada</i>	1

<i>Preferência por atendimentos de urgência em UPAS e HOSPITAIS</i>	1
<i>Apagamento da sexualidade bissexual</i>	1
<i>Evasão pela demora nos agendamentos</i>	1
<i>Alta demanda para poucos serviços</i>	1
<i>Dificuldades no acesso à saúde mental</i>	1
<i>Falha no acesso para o corpo cis também</i>	1
<i>Transfobia como dificuldade e não como barreira de acesso</i>	1
ESTRATÉGIAS DE MELHORA DO ACESSO	64
<i>Capacitação e formação profissional</i>	25
<i>Tratamento humanizado</i>	11
<i>Capilarizar o ambulatório TRANS e demais serviços LGBTQIA+</i>	5
<i>Banheiros seguros e inclusivos</i>	3
<i>Legislações efetivas e eficazes</i>	3
<i>Aumentar os estudos sobre a temática LGBTQIA+</i>	3
<i>Outras estratégias de melhora</i>	3
<i>Estado mais comprometido</i>	2
<i>Aplicação concreta da PNSI LGBT</i>	2
<i>Fazer campanhas nas UAPS sobre a temática</i>	1
<i>Presença de cuidadores</i>	1
<i>Serviços multidisciplinares nas UAPS</i>	1
<i>Saída da cisheteronorma</i>	1
<i>Ambulatório trans regulamentado</i>	1
<i>Cotas trans</i>	1
<i>Participação da população LGBTQIA+</i>	1
TRANSFOBIA NAS UAPS	62
<i>Desrespeito ao nome social</i>	36
<i>Dificuldades no uso dos banheiros</i>	11
<i>Episódio de transfobia</i>	4
<i>Patologização da sexualidade</i>	4
<i>Transfobia velada</i>	4
<i>Pessoas Trans mais vulneráveis da sigla LGBTQIA+</i>	1
<i>Erro no uso dos pronomes</i>	1
<i>Inação frente à transfobia</i>	1
MELHORAS PERCEBIDAS E PONTOS POSITIVOS	43
<i>Melhorias percebidas (14)</i>	14
<i>Nunca sofreu LGBTfobia no acesso às UAPS (10)</i>	10
<i>Experiências positivas (10)</i>	10
<i>Melhoras com a retificação do nome social (5)</i>	5
<i>Nome social corrigido no sistema (1)</i>	1
<i>Locais específicos para o público LGBTQIA+ (1)</i>	1
<i>Houve melhora mas muito pouca (1)</i>	1
<i>Experiências positivas em Hospitais (1)</i>	1
SISTEMA CISHETERONORMATIVO	33
<i>A cisheteronorma está presente (12)</i>	12
<i>Suposição da cisheteronormatividade (5)</i>	5
<i>Burocracia no acesso devido à binariedade do sistema (5)</i>	5
<i>Impotência perante a cisheteronorma (4)</i>	4
<i>Validação do discurso (2)</i>	2
<i>Estado negligente (2)</i>	2
<i>Higienização de corpos dissidentes (2)</i>	2
<i>Falta de representatividade (1)</i>	1

SUS VERSUS PRIVADO	16
<i>Comparação entre SUS e serviços privados</i>	10
<i>Planos de saúde não inclusivos</i>	4
<i>LGBTfobia nos serviços particulares</i>	1
<i>Importância das legislações</i>	1
ESTIGMA COM ISTs	15
<i>Público LGBTQIA+ ligado à ISTs (9)</i>	9
<i>Dificuldades de acessar o teste rápido (3)</i>	3
<i>Tabus com ISTs (2)</i>	2
<i>Corpos marcados para o teste rápido? (1)</i>	1
POSTURA MILITANTE	11
FALTA DE PREPARO DOS PROFISSIONAIS	10
<i>Profissionais não estão preparados</i>	4
<i>As informações sobre gênero e sexualidade são muitas</i>	1
<i>O olhar das ciências da saúde</i>	1
<i>Não conheço o SERTRANS</i>	1
<i>Falta de vontade por parte dos profissionais</i>	1
<i>Reduccionismo das demandas LGBTQIA+</i>	1
<i>O preparo precisa da participação de pessoas LGBTQIA+</i>	1
SAGA PARA ENCONTRAR UM PROFISSIONAL	9
EU VOU À UAPS MESMO COM LGBTFOBIA	8
EXPERIÊNCIA DA PASSABILIDADE NO ACESSO	8
INTERSECCIONALIDADES	6
<i>Vulnerabilidade Geográfica (3)</i>	3
<i>Interseccionalidades com outras vulnerabilidades (2)</i>	2
<i>Polícia e corpos periféricos (1)</i>	1
FALHA NA FORMAÇÃO DESDE A GRADUAÇÃO	4
SAÚDE MENTAL	4
TRANSIÇÃO	3
LGBTFOBIA EM HOSPITAIS	3
O PODER DOS PROFISSIONAIS FRENTE AOS USUÁRIOS	2
GINECOLOGISTA PARA MULHERES LÉSBICAS	1

ATENDIMENTO EM UPAS	1
ELAS ESCOLHEM SER LGBTFÓBICAS	1

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A construção das categorias temáticas iniciais foi um processo fundamental para organizar e explorar a diversidade de temas emergentes nas 21 entrevistas realizadas. Como pode ser observado na tabela, a análise identificou uma ampla variedade de categorias e subcategorias, refletindo a complexidade das narrativas e experiências relatadas pelos participantes. Essa diversidade é esperada em uma pesquisa qualitativa com um volume significativo de dados, mas também exige atenção no alinhamento das categorias aos objetivos específicos do estudo.

Durante a análise, alguns temas surgiram como desconexos dos objetivos previamente estabelecidos, como “LGBTfobia em Hospitais” ou “Atendimento em UPAS”. Embora esses temas possuam relevância em um contexto mais amplo, decidi pela exclusão dos mesmos, considerando que não contribuem diretamente para responder à problemática central deste trabalho. É importante deixar registrado esse critério de exclusão no percurso metodológico, reforçando a transparência das decisões analíticas.

Além disso, é importante destacar que a tabela apresentada representa uma etapa preliminar do processo analítico, correspondente à fase de pré-análise. Na próxima etapa, conhecida como exploração do material, as categorias e subcategorias foram reorganizadas e refinadas. Essa fase permitiu o agrupamento de subcategorias semelhantes, consolidando-as em novas subcategorias ou até mesmo em novas categorias, conforme a necessidade. O objetivo desse segundo momento é garantir maior coesão analítica, reduzindo redundâncias e otimizando a organização dos dados.

A riqueza dos temas destacados na tabela também reforça a importância de priorizar as categorias mais recorrentes e alinhadas com os objetivos da pesquisa. Por exemplo, categorias como “dificuldade de acesso à UAPS”, “estratégias de melhora do acesso” e “transfobia nas UAPS” surgiram como centrais e serão exploradas com maior profundidade na análise, dado seu peso significativo nas narrativas coletadas.

Por fim, este processo contínuo de revisão e refinamento das categorias reflete o caráter iterativo da análise qualitativa, onde cada etapa é essencial para alcançar interpretações mais precisas e representativas das experiências dos participantes.

Após a identificação inicial das categorias, seguiu-se uma etapa de exploração e refinamento, onde as categorias preliminares foram revisadas, agrupadas, reestruturadas ou excluídas, conforme necessário. Esse percurso analítico foi conduzido com base na análise sistemática e interpretativa dos dados, utilizando os princípios da análise temática de conteúdo. A seguir, destaco os principais processos dessa transição:

- a. Agrupamento e fusão de categorias: algumas categorias preliminares apresentavam sobreposição temática. Por exemplo, “Evasão dos serviços por LGBTfobia”, “Falta de tratamento humanizado” e “Medo de sofrer transfobia” foram consolidadas na categoria final “Problemas no acesso”, que sintetiza barreiras amplas enfrentadas pela população LGBTQIA+ nas UAPS. Essa fusão foi fundamentada em trechos recorrentes que conectavam o preconceito e a discriminação à evasão dos serviços e à percepção de um cuidado inadequado. A categoria “Sistema cisheteronormativo” foi ampliada para incluir subcategorias como “Apagamento da identidade de gênero e orientação sexual”, “Burocracias no acesso devido à binariedade” e “Experiência da passabilidade no acesso”, refletindo como a cisheteronorma impacta a organização dos serviços e o atendimento. Trechos analisados indicaram que essas questões estruturais permeiam várias dimensões da experiência dos usuários.
- b. Remoção de categorias: algumas categorias preliminares foram excluídas por apresentarem baixa frequência ou desconexão com os objetivos centrais da pesquisa, como “Particular versus SUS”, “Estigma com ISTs”, “Postura militante”, “Transição”, “Saúde Mental”, “Falha na formação desde a graduação”, “LGBTfobia em Hospitais”, “Atendimento em UPAS” e “Elas escolhem ser LGBTfóbicas”. Apesar disso, os trechos relevantes foram redistribuídos em categorias finais apropriadas, como “Problemas no acesso” ou “Sistema cisheteronormativo”.
- c. Refinamento de categorias: a categoria preliminar “Melhoras percebidas e pontos positivos” foi reformulada como “Melhoras percebidas e experiências positivas”, dando ênfase a práticas inclusivas e avanços específicos observados no acesso às UAPS. A categoria “Transfobia nas UAPS” foi mantida, mas reorganizada para capturar melhor nuances como “Desrespeito ao nome social/pronomes” e “Dificuldades no uso dos banheiros”, que emergiram como barreiras específicas enfrentadas por pessoas trans.

- d. Criação de novas categorias: a análise qualitativa revelou a necessidade de criar uma categoria para um aspecto não representado nas preliminares. A categoria “Vou à UAPS mesmo com LGBTfobia” destaca a resiliência dos usuários LGBTQIA+ em acessar os serviços, mesmo diante de experiências negativas. Essa categoria emergiu de falas que evidenciaram a persistência dos participantes por necessidade ou urgência que impulsiona suas idas às UAPS apesar da LGBTfobia.
- e. Critérios utilizados para transição: as decisões de agrupamento, exclusão e criação de categorias foram guiadas por dois critérios principais: relevância para os objetivos da pesquisa, priorizando temas que contribuem diretamente para a compreensão da problemática central e conteúdo das falas, considerando a profundidade e a conexão dos relatos com os objetivos do trabalho, de modo a garantir que as categorias finais representassem adequadamente as experiências dos participantes.

Esse processo iterativo permitiu uma síntese mais consistente dos dados, culminando em categorias finais que refletem de forma mais clara e organizada os achados da pesquisa. A tabela abaixo apresenta como se estruturaram as categorias finais com suas respectivas subcategorias.

Tabela 1: Categorias e subcategorias finais.

Categorias finais e suas respectivas subcategorias	Número de trechos em que essas ideias aparecem	Descrição breve sobre a categoria
<p>TRANSFOBIA NAS UAPS</p> <p><i>Desrespeito ao nome social/pronomes</i> <i>Evasão dos serviços por transfobia</i> <i>Dificuldades no uso dos banheiros</i> <i>Saga para encontrar profissionais de saúde</i></p>	<p>73</p> <p>38 20 11 4</p>	<p>Explora as experiências de pessoas trans em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), destacando situações de discriminação, violação de direitos e barreiras no acesso aos serviços por transfobia.</p>
<p>PROBLEMAS NO ACESSO</p> <p><i>LGBTfobia velada</i> <i>Público LGBT ligado à ISTs</i> <i>Falta de tratamento humanizado</i> <i>Medo de sofrer LGBTfobia</i> <i>Evasão dos serviços por LGBTfobia</i> <i>Onde está o preconceito no percurso do atendimento?</i> <i>Evasão dos serviços por falta de discrição</i> <i>Automedicação</i></p>	<p>67</p> <p>20 11 10 8 6 5 4 3</p>	<p>Analisa as dificuldades enfrentadas pela população LGBTQIA+ ao buscar atendimento nas UAPS, incluindo burocracia, preconceito velado e falta de discrição no atendimento.</p>

<p>ESTRATÉGIAS DE MELHORA DO ACESSO</p> <p><i>Capacitação/formação profissional</i> <i>Legislações e políticas públicas efetivas e eficazes</i> <i>Tratamento humanizado</i> <i>Importância da rede de apoio</i> <i>Capilarizar os serviços</i> <i>Aumentar os estudos na temática LGBTQIA+</i></p>	<p>64</p> <p>23 14 13 6 6 2</p>	<p>Enfoca propostas e práticas sugeridas ou observadas que visam melhorar o acesso aos serviços de saúde para a população LGBTQIA+, incluindo ações inclusivas e humanizadas.</p>
<p>SISTEMA DE SAÚDE CISHETERONORMATIVO</p> <p><i>Apagamento da identidade de gênero e orientação sexual</i> <i>Passabilidade</i> <i>Burocracias para o acesso devido à binariedade do (Cis)tema</i> <i>Impotência frente à cisheteronorma</i> <i>Estado negligente</i> <i>Suposição da cisheteronormatividade</i> <i>Eles levam a religião para dentro do trabalho</i> <i>Patologização da sexualidade</i> <i>Poder dos profissionais frente aos usuários</i> <i>Alta demanda para poucos serviços</i></p>	<p>62</p> <p>11 10 7 7 6 5 4 4 3 3</p>	<p>Discute como a cisheteronormatividade estrutura os serviços de saúde, impactando negativamente o cuidado prestado à população LGBTQIA+, desde a organização dos serviços até o atendimento individual.</p>
<p>MELHORAS PERCEBIDAS E EXPERIÊNCIAS POSITIVAS</p>	<p>36</p>	<p>Destaca aspectos positivos identificados pelos usuários LGBTQIA+ no acesso às UAPS, incluindo práticas acolhedoras, avanços em políticas públicas e experiências de cuidado humanizado.</p>
<p>FALTA DE PREPARO DOS PROFISSIONAIS</p>	<p>24</p>	<p>Analisa a ausência de capacitação específica para lidar com as demandas da população LGBTQIA+, resultando em abordagens inadequadas, discriminação e falta de acolhimento.</p>
<p>VOU À UAPS MESMO COM LGBTFOBIA</p>	<p>10</p>	<p>Reflete sobre a persistência de usuários LGBTQIA+ em acessar as UAPS, mesmo diante de experiências de LGBTfobia, muitas vezes por necessidade e falta de alternativas.</p>

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

No processo de análise temática, conforme preconizado por Minayo (2008), as categorias organizadas podem ser classificadas em dois eixos principais: categorias empíricas e categorias teóricas.

As categorias empíricas emergem diretamente dos dados analisados, no caso, das falas dos entrevistados. Elas representam a organização de padrões, temas e significados encontrados nos dados brutos e estão relacionadas ao “o que foi dito” pelos participantes. Exemplos dessas categorias incluem “Transfobia nas UAPS” e “Problemas no Acesso”, que capturam aspectos como discriminação, preconceito velado e dificuldades enfrentadas pela população LGBTQIA+ ao buscar atendimento nas UAPS. Outras categorias empíricas incluem “Estratégias de Melhora do Acesso”, que reúne propostas e práticas inclusivas sugeridas ou observadas, e “Melhoras Percebidas e Experiências Positivas”, que destacam relatos de acolhimento e avanços no cuidado oferecido.

Também foram identificadas as categorias empíricas “Falta de Preparo dos Profissionais”, que expõe a ausência de capacitação específica para lidar com as demandas da população LGBTQIA+, resultando em discriminação e abordagens inadequadas, e “Vou à UAPS Mesmo com LGBTfobia”, que reflete a persistência dos usuários em acessar os serviços de saúde, mesmo diante de experiências negativas, muitas vezes motivada por necessidade ou falta de alternativas.

Em contraste, as categorias teóricas são mais abstratas, enraizadas em referenciais teóricos e têm o objetivo de interpretar os achados empíricos, ampliando seu significado no contexto do estudo. Essas categorias estão relacionadas ao “como interpretamos o que foi dito”, ancorando os resultados em uma estrutura conceitual ou teórica. Entre as categorias finais, destaca-se “Sistema de Saúde Cisheteronormativo” como uma categoria teórica.

A análise dessas categorias será fundamentada nos referenciais teóricos de Pierre Bourdieu e Judith Butler, que desempenham papéis centrais nesta investigação. O conceito de violência simbólica, de Bourdieu (1989), é essencial para compreender como práticas discriminatórias e preconceitos são naturalizados nas interações sociais e institucionais, perpetuando exclusões e desigualdades estruturais. Além disso, os conceitos de *habitus* e campo (Bourdieu, 1996) permitem explorar como normas sociais e simbólicas moldam as experiências e comportamentos dos indivíduos nos serviços de saúde. O campo da saúde, nesse contexto, é entendido como um espaço estruturado por relações de poder, frequentemente reprodutoras de desigualdades.

Judith Butler (2003, 2015) contribui significativamente para a análise ao oferecer ferramentas teóricas para entender como a cisheteronormatividade e práticas discursivas de exclusão reforçam a vulnerabilidade das pessoas trans nos serviços de saúde. Seus conceitos

de performatividade de gênero e violência discursiva são fundamentais para interpretar as dinâmicas de marginalização que afetam corpos e identidades LGBTQIA+ nesses espaços.

4.3 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) sob parecer de número 6.934.406 e CAAE 80146424.1.0000.5054, o parecer completo pode ser consultado no Anexo 1 deste trabalho.

Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e possíveis riscos do estudo antes de decidirem sobre sua participação. Foi assegurado o direito à autonomia, permitindo que os participantes optassem livremente por participar ou não da pesquisa, sem qualquer prejuízo em caso de recusa.

As entrevistas foram realizadas de forma online, por meio do *Google Meet*, uma ferramenta que oferece recursos avançados de segurança e privacidade, como a criptografia de ponta a ponta e o controle de acesso por links únicos e senhas. A escolha pelo formato online considerou a praticidade, a acessibilidade e a possibilidade de alcançar participantes em diferentes localidades, garantindo a flexibilidade de horários e reduzindo barreiras logísticas que poderiam dificultar a participação.

O uso de entrevistas online não apenas atendeu às limitações financeiras do estudo, evitando custos com deslocamentos e infraestrutura física, mas também proporcionou um ambiente mais inclusivo e acessível para os participantes. Essa abordagem permitiu que entrevistados LGBTQIA+ escolhessem o momento e local mais confortáveis para sua participação, favorecendo o engajamento, a espontaneidade e a confidencialidade dos relatos. Além disso, a modalidade online demonstrou-se uma ferramenta eficaz para superar barreiras logísticas, ampliando o alcance da pesquisa.

Antes de cada entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado aos participantes e o consentimento foi registrado por meio de um formulário online no *Google Forms*. O formulário foi configurado para coleta segura de respostas, utilizando autenticação de identidade e garantindo a confidencialidade das informações.

O sigilo e a confidencialidade das informações coletadas foram rigorosamente protegidos. Todas as transcrições e dados foram armazenados exclusivamente no *Google Drive*, que oferece segurança avançada, incluindo criptografia e autenticação em duas etapas, minimizando riscos de acessos não autorizados. Os dados foram acessados e processados apenas em meu computador individual, protegido por senhas e softwares de segurança, evitando o uso de computadores públicos ou compartilhados e reduzindo os riscos de invasões ou vazamentos de informações.

A escolha das ferramentas do Google¹⁶ para a condução e gestão do estudo deveu-se à combinação de segurança, privacidade e acessibilidade que essas plataformas oferecem. O *Google Meet* garantiu um ambiente virtual seguro para a coleta de dados, enquanto o *Google Forms* proporcionou uma forma prática e protegida de registrar o consentimento informado dos participantes. Por sua vez, o *Google Drive* assegurou o armazenamento seguro e centralizado de todas as informações, alinhando-se às melhores práticas de proteção de dados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Brasil, 2018).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), detalhado no Apêndice A, descreve os direitos dos participantes, incluindo o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem justificativa ou prejuízo. Além disso, o TCLE foi redigido em linguagem acessível para facilitar a compreensão, e sua leitura foi incentivada para garantir que todos os participantes tivessem pleno entendimento das condições da pesquisa.

Como parte do compromisso ético e relacional com os participantes, os resultados da pesquisa serão compartilhados de forma acessível com a comunidade LGBTQIA+ e os movimentos sociais que apoiaram este estudo e demais interessados. Essa devolutiva busca promover impacto social positivo e valorizar as vozes dos participantes.

¹⁶ As ferramentas do Google foram escolhidas para a condução da pesquisa devido à sua combinação de confiabilidade, segurança e acessibilidade. O *Google Meet* foi utilizado para as entrevistas online, oferecendo recursos de criptografia de ponta a ponta e controles de segurança, como a autenticação em duas etapas e o controle de acesso através de links únicos e senhas. O *Google Drive* foi utilizado para o armazenamento seguro dos dados, contando com criptografia de dados em repouso e durante a transmissão, além de mecanismos de segurança como a proteção contra acessos não autorizados e a possibilidade de gerenciamento de permissões de visualização. O *Google Forms* foi utilizado para a coleta do consentimento informado de maneira online, com armazenamento seguro das respostas. Embora existam outras plataformas disponíveis no mercado, as ferramentas do Google foram escolhidas pela sua infraestrutura de segurança robusta, amplamente reconhecida e utilizada em contextos acadêmicos e corporativos, além de sua integração com recursos de autenticação e backup, que garantem a proteção da confidencialidade dos dados e o controle adequado sobre o acesso às informações. O uso exclusivo do computador pessoal do pesquisador e a limitação do acesso às plataformas garantiram que os dados permanecessem seguros durante todas as etapas da pesquisa.

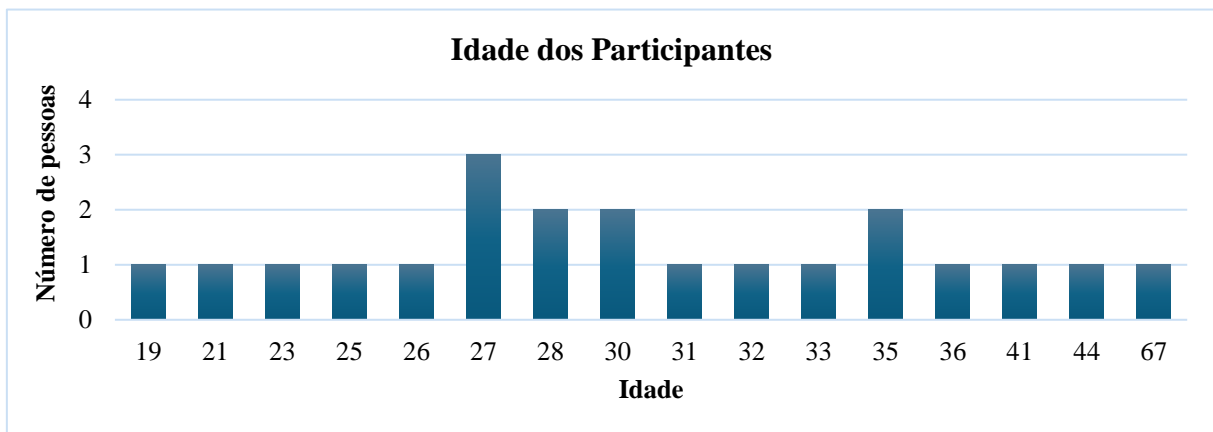
5. APRESENTAÇÃO DOS ACHADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A coleta de dados sociodemográficos dos participantes é uma etapa fundamental em pesquisas qualitativas, pois permite contextualizar as experiências e os discursos dos entrevistados dentro de suas condições sociais, econômicas e culturais. Esses dados oferecem um pano de fundo essencial para compreender como variáveis como idade, gênero, escolaridade, ocupação e local de residência podem influenciar as percepções, comportamentos e vivências relacionadas ao tema estudado (Minayo, 2008). Além disso, a análise dessas informações possibilita identificar padrões e contrastes entre os participantes, contribuindo para uma compreensão mais ampla e detalhada do fenômeno investigado. A seguir, serão apresentados os dados sociodemográficos dos participantes, que servirão como suporte para a análise qualitativa das entrevistas realizadas.

5.1.1 Idade dos Participantes

Gráfico 1: Idade dos participantes



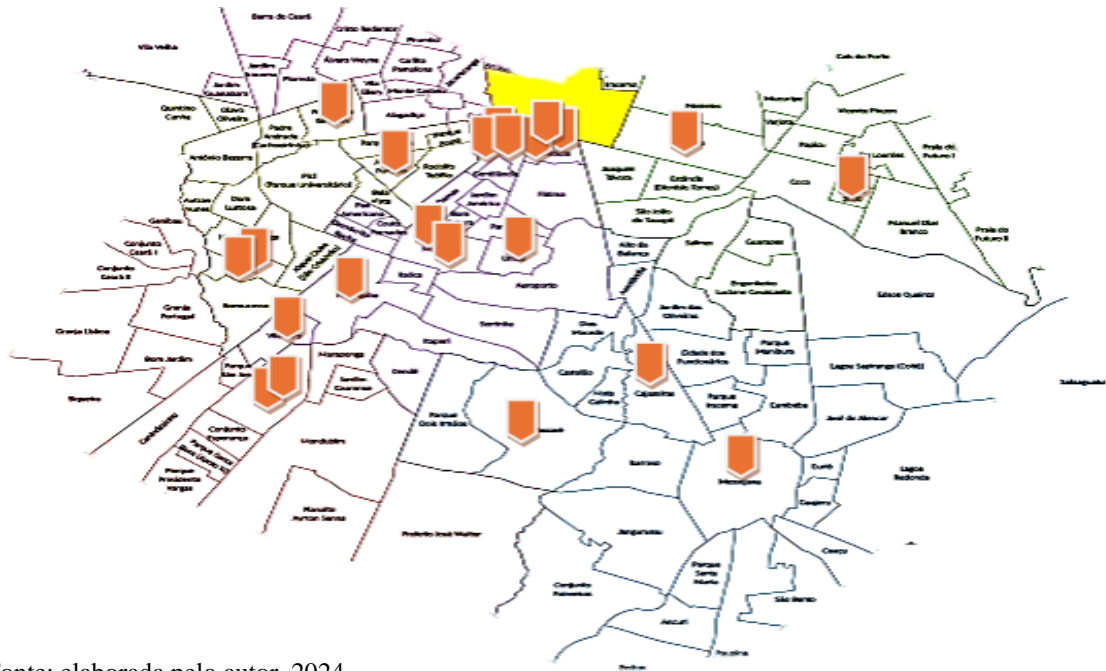
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Conforme ilustrado no gráfico acima, a maioria dos participantes (52,3%) encontra-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, com destaque para a concentração de idades entre 27 e 30 anos. A idade dos participantes variou amplamente, indo de 19 a 67 anos, com um padrão de maior presença de adultos jovens. Esse dado é relevante para o estudo, pois reflete o perfil demográfico predominante entre a população LGBTQIA+ entrevistada, possibilitando uma análise aprofundada das experiências compartilhadas por esse grupo etário. A diversidade

geracional observada, incluindo participantes mais jovens e idosos, é também um aspecto relevante, pois pode influenciar as percepções e vivências relacionadas aos desafios enfrentados.

5.1.2 Bairro onde residem os participantes

Figura 6: Ilustração de onde cada participante reside em Fortaleza



Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Os participantes da pesquisa estão distribuídos por diferentes bairros da cidade de Fortaleza, cada qual com características socioeconômicas diversas, o que pode ser evidenciado pelas medidas de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁷ de acordo com estudo divulgado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico da Prefeitura de Fortaleza (Fortaleza, [201-]).

Entre os bairros de residência, observa-se uma variação significativa no IDH, indo de 0,22 no Passaré (n=1) até 0,86 na Aldeota (n=1). Essa diversidade evidencia a presença de

¹⁷ A inclusão do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como critério para contextualizar a realidade dos participantes foi uma escolha, pois o IDH é uma medida que sintetiza aspectos fundamentais do desenvolvimento humano, como educação, saúde e renda. Ao associar os participantes aos bairros de residência e seus respectivos IDHs, é possível compreender como as condições socioeconômicas e estruturais locais podem influenciar suas vivências, perspectivas e desafios.

Essa abordagem permite analisar as experiências individuais dos participantes em relação ao contexto mais amplo de desigualdade social, evidenciando as disparidades que permeiam suas realidades. Além disso, o uso do IDH enriquece a análise qualitativa ao conectar as narrativas dos participantes a indicadores objetivos, proporcionando uma visão mais abrangente e fundamentada do fenômeno estudado. Assim, os dados sociodemográficos e geográficos tornam-se ferramentas valiosas para interpretar como os contextos locais moldam as percepções e interações dos indivíduos com os serviços e políticas públicas.

participantes provenientes tanto de áreas mais vulneráveis quanto de regiões mais desenvolvidas da cidade.

Os bairros com IDHs mais baixos incluem Passaré (0,22), João XXIII (0,28; n=2) e Cajazeiras (0,30; n=1), representando regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica. Em contraste, bairros como Aldeota (0,86; n=1), José Bonifácio (0,64; n=3), Benfica (0,57; n=3) e Cidade 2000 (0,56; n=1) indicam a presença de participantes residentes em áreas de maior desenvolvimento.

A distribuição dos participantes reflete a heterogeneidade socioeconômica do público LGBTQIA+ da cidade, aspecto relevante para a análise das vivências e desafios enfrentados. Além disso, a variação dos IDHs pode oferecer insights sobre como o contexto geográfico influencia o acesso a direitos e a serviços de saúde. A seguir, o detalhamento por bairros e IDH pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 3: Índice de desenvolvimento humano dos bairros dos participantes do estudo

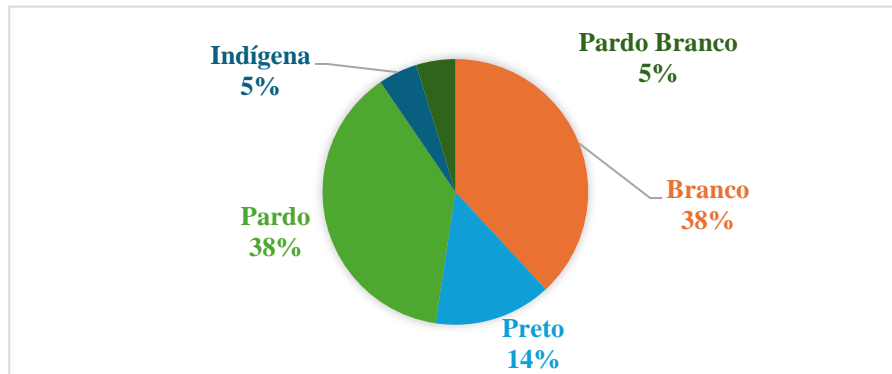
BAIRRO	IDH	Nº de participantes
PASSARÉ	0,22	1
JOÃO XXIII	0,28	2
MANOEL SÁTIRO	0,29	1
CAJAZEIRAS	0,30	1
MESSEJANA	0,37	1
PARANGABA	0,41	1
PRESIDENTE KENNEDY	0,42	1
VILA UNIÃO	0,46	1
MONTESE	0,47	1
CIDADE 2000	0,56	1
BENFICA	0,57	3
AMADEU FURTADO	0,58	1
JOSÉ BONIFÁCIO	0,64	3
ALDEOTA	0,86	1

Fonte: elaborada pelo autor, 2024

5.1.3. Cor da pele

Entre os participantes da pesquisa, 38,1% (n=8) declararam-se brancos, enquanto a mesma proporção, 38,1% (n=8), identificou-se como parda. Além disso, 14,3% (n=3) dos participantes declararam-se pretos. Dois participantes (9,5%) optaram pelo item "outros" e descreveram sua cor da pele: um como "pardo branco" e outro como "indígena". Essa distribuição evidencia a diversidade racial do grupo, refletindo aspectos característicos da composição étnico-racial do contexto estudado.

Gráfico 2: cor da pele dos participantes

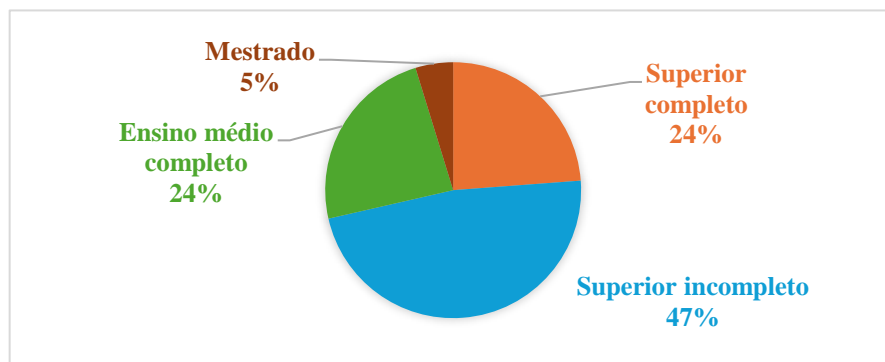


Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

5.1.4. Escolaridade

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes, 47,6% (n=10), relatou possuir ensino superior incompleto. Além disso, 23,8% (n=5) declararam ter concluído o ensino superior, enquanto outros 23,8% (n=5) informaram possuir ensino médio completo. Apenas um participante (4,8%) possui formação em nível de mestrado. Esses dados apontam para um grupo com predominância de indivíduos com acesso ao ensino superior, ainda que em estágios diferentes de conclusão.

Gráfico 3: Escolaridade dos participantes



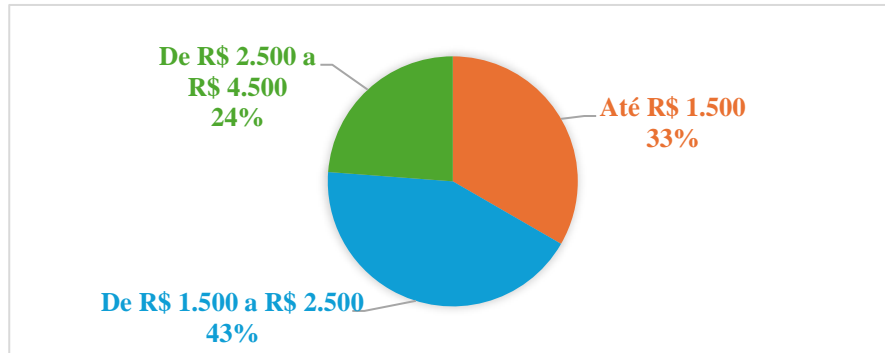
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

5.1.5. Renda média mensal

A distribuição da renda média mensal entre os participantes mostrou que 33,3% (n=7) declararam receber até R\$ 1.500, enquanto a maioria, 42,9% (n=9), possui uma renda média mensal entre R\$ 1.500 e R\$ 2.500. Por fim, 23,8% (n=5) relataram rendimentos mensais entre R\$ 2.500 e R\$ 4.500. Esses dados revelam que o grupo é predominantemente composto por

indivíduos em faixas de renda média-baixa, o que pode refletir as condições socioeconômicas do contexto abordado na pesquisa.

Gráfico 4: renda média dos participantes

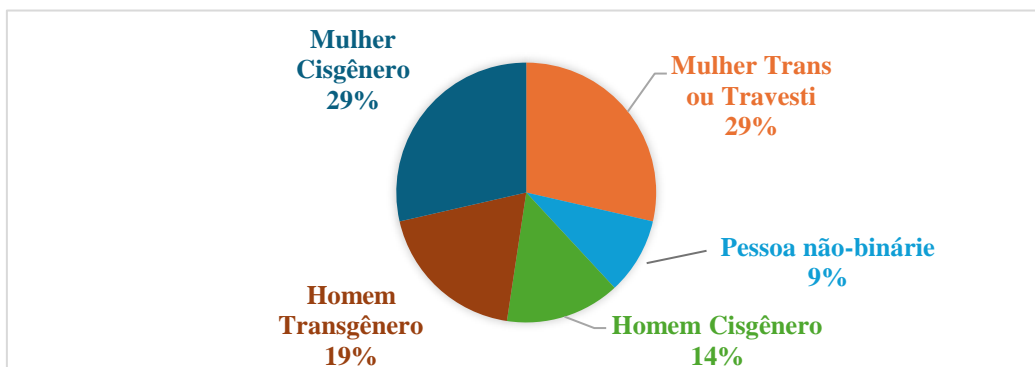


Fonte: elaborado pelo autor, 2024

5.1.6. Identidade de gênero

Os participantes da pesquisa apresentaram uma diversidade de identidades de gênero. Entre eles, 28,6% (n=6) identificaram-se como mulher trans ou travesti, e a mesma proporção, 28,6% (n=6), identificou-se como mulher cisgênero. Homens transgêneros representaram 19,0% (n=4) dos participantes, enquanto homens cisgêneros somaram 14,3% (n=3). Além disso, 9,5% (n=2) declararam-se pessoas não-binárias. Essa diversidade reflete a multiplicidade de vivências e perspectivas de gênero presentes no grupo pesquisado.

Gráfico 5: Identidade de gênero dos participantes



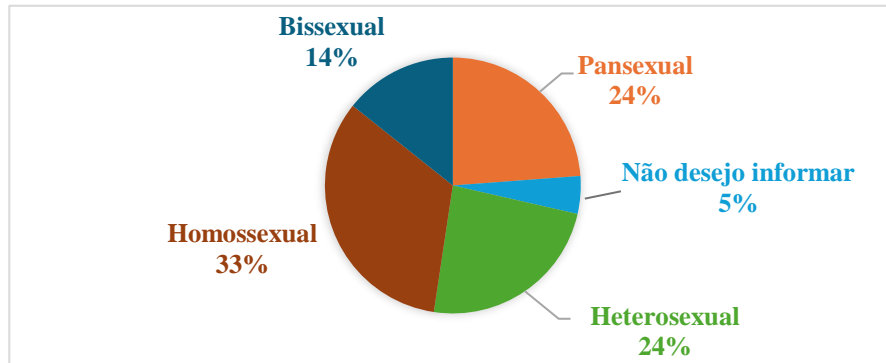
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

5.1.7. Orientação sexual

Os participantes da pesquisa apresentaram uma diversidade de orientações sexuais. A maior parte identificou-se como homossexual, representando 33,3% (n=7) do total. Em

seguida, 23,8% (n=5) declararam-se pansexuais e a mesma proporção, 23,8% (n=5), identificou-se como heterossexuais. Além disso, 14,3% (n=3) informaram ser bissexuais, enquanto 4,8% (n=1) optaram por não informar sua orientação sexual. Esses dados refletem a pluralidade de vivências entre os participantes, contribuindo para o entendimento das diferentes perspectivas no contexto da pesquisa.

Gráfico 6: Orientação sexual dos participantes

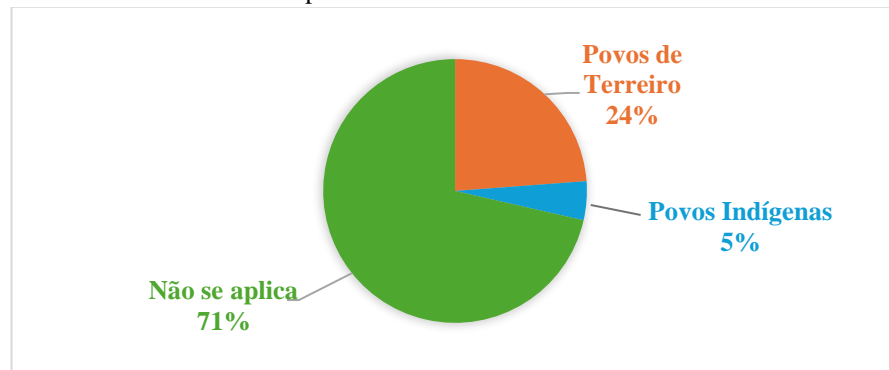


Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

5.1.8. Pertencimento a Povos e Comunidades Tradicionais e Vulnerabilizados.

Entre os participantes da pesquisa, 23,8% (n=5) identificaram-se como pertencentes a Povos de Terreiro, enquanto 4,8% (n=1) declararam-se parte de Povos Indígenas. A maioria dos participantes, 71,4% (n=15), indicou não pertencer a nenhum dos grupos listados no questionário sociodemográfico (Comunidade Quilombola, Povos Ciganos, Pescadores Artesanais, Assentados da Reforma Agrária, Povos de Terreiro e Povos Indígenas). Esses dados refletem a presença de participantes ligados a comunidades tradicionais, além da predominância de indivíduos que não se identificam com esses grupos específicos.

Gráfico 7: Pertencimento a povos tradicionais e vulnerabilizados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

5.2. Apresentação das categorias, o que o campo me trouxe

“O trabalho de análise qualitativa consiste em dar significado ao que parece inicialmente desordenado, buscando organizar e interpretar os dados para que estes revelem as dimensões mais amplas das realidades estudadas” (Maria Cecília de Souza Minayo)

Nesta seção, são apresentados os resultados da análise temática realizada com base nas entrevistas dos participantes. As categorias foram organizadas em dois eixos principais: as categorias empíricas, que emergem diretamente dos dados analisados, e a categoria teórica, que conecta os achados a uma interpretação fundamentada em conceitos teóricos.

Inicialmente, são discutidas as categorias empíricas, que representam os padrões e significados diretamente identificados nas falas dos participantes. Essas categorias descrevem as experiências vividas, as dificuldades enfrentadas e as propostas sugeridas no contexto do acesso aos serviços de saúde pelas pessoas LGBTQIA+. Embora essas sejam categorias empíricas, a interpretação delas será enriquecida por um conjunto de referenciais teóricos que sustentam a interpretação do autor dessa pesquisa.

Em seguida, será apresentada a categoria teórica, que utiliza esses referenciais para interpretar os achados empíricos em um nível mais amplo, destacando como as normas cisheteronormativas estruturam práticas e organizações no sistema de saúde. Essa categoria amplia a análise, conectando as vivências relatadas a elementos estruturais e simbólicos do campo da saúde.

Essa organização busca combinar a profundidade da análise empírica com o rigor da interpretação teórica, oferecendo uma compreensão ampla e fundamentada sobre o impacto da LGBTfobia no acesso aos serviços de saúde.

Para preservar a identidade dos entrevistados, usarei os termos ENT, que significa entrevistado, seguido de um número, seguido de sua identidade de gênero. Por exemplo: (*ENT 2, MULHER LÉSBICA*).

5.2.1 Categoria “Problemas no acesso”

As falas dos entrevistados revelam que os problemas de acesso aos serviços de saúde nas UAPS vão além de questões pontuais, sendo marcados por experiências de LGBTfobia, discriminação inadequada no atendimento e preconceitos velados. Estas barreiras estruturais e simbólicas destacam os desafios enfrentados pela população LGBTQIA+ ao buscar atendimento, frequentemente resultando na evasão dos serviços e na adoção de estratégias alternativas, como a automedicação.

5.2.1.1 Subcategoria “LGBTfobia velada”

A LGBTfobia velada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) manifesta-se de forma sutil, porém profundamente impactante, por meio de olhares de julgamento, mudanças na postura dos profissionais, omissões no cuidado e tratamento diferenciado. Embora não explicitada em palavras ou atos abertos, essa forma de discriminação é percebida pelos usuários LGBTQIA+ e afeta diretamente a qualidade do atendimento e a experiência de acesso aos serviços. Os relatos dos participantes revelam que, enquanto as agressões verbais ou físicas são menos frequentes, o preconceito subjacente persiste em ações não declaradas, como negligência, desconforto evidente dos profissionais e desatenção às necessidades específicas. Essas interações geram sentimentos de exclusão, constrangimento e vergonha, além de reforçar barreiras simbólicas que dificultam o acesso integral e equitativo à saúde.

Os trechos a seguir ilustram como a LGBTfobia velada se manifesta no cotidiano dos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de transformar não apenas as práticas profissionais, mas também as estruturas simbólicas e organizacionais que perpetuam esses comportamentos.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Ações ou omissões explícitas no atendimento”

“o enfermeiro, em vez de colocar a agulha para eu tomar o remédio na minha veia, no meu braço, colocou no meu músculo, e tava inchando, eu estava me sentindo muito mal, e a única

assistência que eu recebi foi um saco para eu vomitar, eles não vieram me dar nenhum outro tipo de assistência ou me examinar, então isso me pegou muito, por conta que eu vi todas as outras pessoas sendo atendidas muito bem menos eu, e isso foi muito gritante” (ENT 18, HOMEM TRANS).

O relato destaca uma situação de descaso e negligência no atendimento, onde o participante percebeu uma diferença marcante no cuidado dispensado a ele em comparação com outros pacientes. Essa falta de assistência adequada reforça sentimentos de exclusão e desvalorização, especialmente em um ambiente onde o cuidado deveria ser universal e acolhedor.

Fala 2: “Olhares e julgamentos sutis”

“é incômodo você chegar no lugar e de repente a pessoa ficar parada olhando tentando te analisar né porque eu sei que se chegar lá um homem ou uma mulher é automaticamente o esposo dela e pronto. Entendeu?” (ENT 11, MULHER LÉSBICA).

A fala aponta o incômodo gerado por olhares julgadores, que criam um ambiente de desconforto e exclusão. A percepção de que relacionamentos não heteronormativos são tratados com estranhamento ressalta como atitudes sutis podem invalidar e marginalizar experiências que fogem ao padrão esperado.

Fala 3: “Impacto emocional da LGBTfobia velada”

“eu sinto, uma vergonha muito grande, fazer consultas, exames que ginecológicos, na verdade, sempre gera aquela surpresa nas pessoas, e veio alguém com a minha aparência chegando para essa especialidade, e eu acho que isso pode ser mais amplamente divulgado, para que seja naturalizado, como um serviço, realmente, e não uma coisa assim, uma surpresa.” (ENT 10, HOMEM TRANS).

O desconforto e a vergonha relatados pelo participante refletem os impactos emocionais da surpresa demonstrada pelos profissionais de saúde diante de sua identidade. A

falta de naturalidade no atendimento dificulta a busca por cuidados e reforça a ideia de que corpos e identidades trans ainda são tratados como exceções.

Fala 4: “Mudança no tratamento após revelação da orientação sexual”

“Porque quando a gente fala que a vida sexual ativa é com mulheres, sempre rola umas coisas assim, meio estranhamento, sabe? (...) começou a me atender diferente, sei lá. Como estivesse com nojinho, não sei.” (ENT 13, MULHER LÉSBICA).

A percepção de mudança no comportamento do profissional de saúde após a revelação da orientação sexual expõe como preconceitos implícitos podem afetar a relação de cuidado. Atitudes como estranhamento ou aparente “nojo” geram um ambiente hostil, comprometendo a confiança e o conforto do paciente.

Fala 5: “Preconceitos implícitos nos olhares e atitudes”

“Acho que o mais é só isso mesmo. É, tipo, aquele olhar, tipo, de julgamento. Que você fica até um pouco acanhado, né? Vala, meu Deus do céu, será que eu tô sujo? Será que eu fiz alguma coisa? Você, tipo, meio que tem que relevar, porque você precisa daquele atendimento e tudo mais. Mas eu nunca senti, tipo, uma ignorância e tudo mais, assim, tipo... Palavras ofensivas, mas o olhar de julgamento e tudo mais, já senti.” (ENT 19, HOMEM GAY)

Os olhares de julgamento relatados criam um ambiente de exclusão sutil, mas impactante. Mesmo na ausência de palavras ofensivas, essas atitudes geram desconforto e podem desencorajar o usuário a buscar atendimento, evidenciando a influência de comportamentos não verbais na qualidade do cuidado.

Fala 6: “Reações e atitudes de deboche”

“se eu estou no posto, eu olho o entorno, eu não olho a pessoa, eu olho o entorno pra ver o rosto, a expressão corporal, tudo. O que você não quer né me verbalizar. Então, ali eu já olhava, já tinha o mapeamento pronto. E era assim, quer dizer, você, quando a pessoa

chegava e se identificava, aí a atendente já virava e dizia: ‘o quê?’ (em tom de surpresa, deboche), entendeu? Aí a pessoa repetia de novo. E a pessoa atendia, aí eu tava por ali, já tava sentindo o clima: ‘porque que não pega documento? porque a lei é essa, meu anjo’ (como se tivesse falando para a pessoa da cena). Então, quando eu tô no lugar, eu sempre entro em defesa, porque sempre tem alguém, lamentavelmente ainda tem alguém que faz alguma coisa esculhambada.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

O relato expõe a recorrência de reações de surpresa ou deboche por parte de atendentes nos serviços de saúde. Essas atitudes criam um ambiente hostil, onde usuários LGBTQIA+ enfrentam constrangimento e falta de acolhimento. A necessidade de uma pessoa externa intervir para corrigir ou orientar as ações reforça a ideia de que práticas discriminatórias ainda estão profundamente enraizadas nesses espaços, afetando a experiência de quem busca atendimento.

Fala 7: “Sentimento de exclusão generalizada”

“Em todos os lugares, em todos os cantos já olham torto pra mim, já me tratam diferente. Em todos os lugares que eu caminho. Enfim, a minha vida, estar em sociabilidade é lidar com certos exílios, não sei. Enfim, é muito louco” (ENT 13, MULHER LÉSBICA)

A fala expressa um profundo sentimento de exclusão, onde a participante percebe julgamentos e tratamento diferenciado em diversos espaços sociais, incluindo o ambiente de saúde. Essa vivência constante de olhares tortos e atitudes excludentes contribui para uma sensação de “exílio social”, reforçando a ideia de que estar em sociabilidade pode ser um desafio diário para pessoas LGBTQIA+, marcado pela necessidade de lidar com preconceitos sutis e explícitos.

Fala 8: “Dor indireta pela discriminação vivenciada por pessoas próximas”

Se você fosse classificar a dor que isso gera, né, esses olhares e tudo mais em você, você daria, assim, que nota? 10 a pior dor, sendo a pior dor. “Eu acho que 7, assim, 7 pra 8, não sei.” Não é com você, mas lhe incomoda esse ponto, né? “Sim, porque quando acontece com as pessoas que a gente ama, é quase como se fosse com a gente. E você tá, você acaba

andando ali no meio, né, porque tipo, você tá andando de mão dada, você, enfim, você é namorada dessa pessoa, então você tá ali, né, com ela na situação.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

O relato revela como a discriminação direcionada a pessoas amadas também afeta profundamente quem testemunha ou compartilha da situação. Embora a violência simbólica não seja diretamente contra a participante, ela sente o impacto emocional quase como se fosse pessoal. Isso demonstra como preconceitos e exclusões não apenas atingem indivíduos específicos, mas também afetam as pessoas ao seu redor, criando uma rede de sofrimento emocional que reforça a marginalização.

Fala 9: “Comentários invasivos e desrespeitosos”

“o que acontece é às vezes é só a pessoa, não não é ela, ela não te expõe a tela, não tem como saber através do sistema mesmo qual o nome lá tudo correto, mas aí quando você entra na sala pra fazer o exame, aí a pessoa vai comenta: ‘nossa, mas você engana muito bem, eu nunca ai imaginar’. E eu não tô enganando ninguém, entendeu?”(ENT 10, HOMEM TRANS)

A fala ilustra como comentários aparentemente inofensivos podem ser profundamente invasivos e desrespeitosos. Ao associar a aparência do participante ao verbo “enganar”, o profissional reforça estereótipos e nega a legitimidade de sua identidade. Essa atitude, embora não explícita, perpetua preconceitos e desvaloriza a experiência vivida, criando um ambiente de desconforto e exclusão.

Fala 10: “Mudança de comportamento na presença da parceira”

“nós que somos desse meio a gente muito das vezes somos atacados por nada né a gente só pelo fato de ter uma relação que não tá mexendo com ninguém somos atacados então assim quando eu entro isolado sozinho, eu não tenho medo agora se ela tiver presente que sempre tem que perguntar tipo: ‘ah quem é ela?’ Sempre quando eu vou fazer um exame que ela me acompanha ‘ah, quem é ela? porque ela tá aqui?’ entendeu? É sempre muito chato porque automaticamente meio que a visão muda um pouquinho e não é porque a pessoa fica...como é que eu posso dizer o tempo todo fissurado em mim o tempo todo pensando se ai vai ou não

vai me tratar bem ou mal é porque realmente você sente a pessoa muda o olhar, muda o jeito de falar entendeu?” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

A fala reflete o desconforto gerado por questionamentos repetitivos e desnecessários sobre a presença de um parceiro ou parceira durante o atendimento. Essas perguntas, somadas às mudanças sutis no comportamento do profissional, como olhares e formas de se dirigir ao paciente, criam um ambiente de constrangimento e invalidam a experiência do casal. Essa dinâmica reforça a ideia de que relações fora da cisheteronormatividade ainda são tratadas como algo que exige explicação ou justificativa.

Síntese interpretativa da subcategoria: a análise das falas revela como a LGBTfobia velada opera nos serviços de saúde, manifestando-se em olhares de julgamento, comentários desnecessários, mudanças sutis de comportamento e omissões no cuidado. Embora não explicitamente agressivas, essas atitudes são carregadas de preconceitos que invalidam e desrespeitam as identidades e relações de usuários LGBTQIA+, criando um ambiente hostil e excludente.

Essas práticas, frequentemente naturalizadas no cotidiano, configuram formas de violência simbólica (Bourdieu, 1989), onde as normas cisheteronormativas estruturam as interações entre profissionais e pacientes, relegando corpos dissidentes a uma posição de marginalidade. O impacto dessas microagressões transcende a experiência individual, afetando a saúde emocional e a confiança dos usuários no sistema de saúde. Além disso, essas barreiras simbólicas reduzem a efetividade do acesso, mesmo em serviços formalmente disponíveis.

Os relatos destacam a necessidade urgente de capacitar os profissionais para que reconheçam e desconstruam essas práticas, promovendo um ambiente mais acolhedor e inclusivo. Além disso, as falas reforçam a importância de políticas institucionais que garantam a equidade no atendimento, indo além de mudanças pontuais no comportamento individual e abordando as estruturas que perpetuam essas formas de exclusão.

5.2.1.2 Subcategoria “público LGBTQIA+ ligado à ISTs”

A relação entre o público LGBTQIA+ e a abordagem das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) é marcada por dinâmicas históricas de estigma e discriminação.

Segundo Bourdieu (1994), o conceito de violência simbólica ajuda a compreender como os sistemas institucionais naturalizam práticas discriminatórias que perpetuam desigualdades. No campo da saúde, a vinculação automática da comunidade LGBTQIA+ às ISTs reforça estereótipos que consolidam barreiras ao acesso humanizado aos serviços de saúde (Travassos; Castro, 2012).

Além disso, a organização cisheteronormativa dos serviços de saúde, resulta em práticas que desumanizam os corpos LGBTQIA+, tratando-os como “grupos de risco” em vez de sujeitos integrais. A análise desta subcategoria examina como as falas dos participantes revelam as intersecções entre estigma, violência simbólica e práticas institucionais, conectando-as às barreiras no acesso à saúde sexual.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “A imposição de procedimentos relacionados a ISTs”

“Em 2022 mais uma vez eu precisei dos serviços de saúde também pela questão dessa dor abdominal e repetiu-se o procedimento, mas dessa vez uma outra unidade de atenção primária (...) e nessa UAPS também quando eu cheguei e busquei a consulta com o clínico geral então antes de ser atendida pelo clínico, me direcionaram à sala da enfermagem para na sala da enfermagem coletar sangue e mais uma vez fazer um teste rápido de IST e eu lembro de mais uma vez questionar com a enfermeira sobre esse procedimento e a profissional apenas diz que ‘desculpa, mas você já veio direcionada para cá da triagem, já foi direcionada para cá, então eu só faço o que a triagem me encaminha’ e depois eu fui atendida pelo clínico e também não quis procurar ouvidoria para isso.” (ENT 3, MULHER TRANS)

A testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) é um procedimento padrão no Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as populações, incluindo a população trans, isso se deve ao fato de que a população trans é considerada uma população-chave prioritária para o diagnóstico precoce de ISTs, devido ao maior risco de infecção. No entanto, a aplicação de testagens deve sempre ser baseada em uma avaliação clínica adequada e não deve ser feita de maneira discriminatória.

O relato evidencia a prática de impor testes rápidos para ISTs sem relação direta com a queixa inicial. Essa abordagem, além de constrangedora, desconsidera a individualidade do paciente e reduz o atendimento a um procedimento padronizado. Essa conduta reforça a sensação de desamparo e exclusão, especialmente ao não oferecer justificativas claras para as ações realizadas.

Fala 2: “A ‘mácula’ associada ao HIV e à comunidade LGBTQIA+”

“E aí, são situações que, principalmente os meninos gays, eles não, até então, tinha essa questão, essa mácula de associar o HIV como algo somente do gay, e a gente sabe que não, o HIV, AIDS, a gente sabe que é pra quem é transante, pra quem não tem acesso ao preservativo, ou por quem negligencia, né, enfim, não está com a questão moral de julgar as pessoas, mas, qualquer um de nós que somos transantes, somos passivos a ter ISTs, né.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O estigma associado ao HIV, historicamente vinculado à comunidade LGBTQIA+, é um exemplo de preconceito social que persiste nos serviços de saúde. A fala reflete como a associação entre HIV e homossexualidade ainda permeia as interações, resultando em uma abordagem preconceituosa que não leva em conta a diversidade de situações que podem levar à exposição ao vírus.

Fala 3: “Pré-julgamentos sutis e violência simbólica”

“Por exemplo, eu e meu namorado, a gente teve aquele negocinho na pele e tal, e a gente foi fazer os exames e tal, para ver se estava tudo certo, e a gente percebe certos olhares, certos pré-julgamentos, tipo assim: ‘ah, já sei por que é’. Entendeu?” (ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

Os “olhares” e os pré-julgamentos mencionados na fala destacam como o comportamento não verbal dos profissionais de saúde e demais usuários da UAPS pode comunicar preconceitos e criar barreiras no atendimento. Esses gestos, mesmo quando não intencionais, afetam negativamente a experiência do usuário, comprometendo a relação de confiança necessária para um cuidado eficaz.

Fala 4: “Tratamento diferenciado e desigualdade no acesso”

“Numa emergência particular é muito comum acharem que eu tenho um AIDS. É muito normal acharem sempre de fazer algum exame, né?(...) E aí sempre tem uma desconfiança em relação a alguma doença sexualmente transmissível. É muito engraçado como eu vim percebendo isso com o tempo. E isso é desde minha adolescência, mas eu vim percebendo com mais frequência agora, depois de adulta, que eu tô indo mais pra hospital.”

E você acha que eles não pedem esses exames para pessoas não LGBT? “Não sei, porque eu percebo essa diferença, já perguntei a uns colegas, assim, professores, todos eles: ‘não pediram esses exames, não’. Às vezes com o mesmo, é, com o mesmo relato, entende? Vomitando, com dor de barriga, enfim, coisa assim. E aí, meus colegas: ‘não, não pediram esses exames, não’. Eu já venho desconfiando disso, e aí parece que agora eu tô mais atenta, né?” (ENT 13, MULHER LÉSBICA)

O relato de diferenciação no tratamento entre usuários LGBTQIA+ e outros pacientes evidencia como preconceitos podem influenciar a prática clínica. O uso de exames invasivos sem justificativa clara demonstra um padrão de conduta discriminatória que perpetua desigualdades no acesso à saúde e reforça a sensação de vulnerabilidade.

Embora o foco deste estudo seja o serviço público de saúde, incluí esta fala para destacar que a discriminação contra a população LGBTQIA+ é uma questão estrutural, que transcende os limites do SUS e também afeta os serviços privados.

Fala 5: “Barreiras organizacionais e estigmas no serviço de saúde”

“Aí ela foi falar com a enfermeira e tudo e aí ela voltou me informando que eu não poderia fazer o teste rápido naquele dia, porque não era o dia da minha enfermeira, da minha área, fazer teste rápido. E aí eu fiquei, assim, sem entender, né, porque eu, tipo assim, realmente tem dias que as equipes, né, tem dias que as enfermeiras fazem determinadas atividades pras pessoas que são, tipo assim, aí, da rua dela, mas teste rápido é algo que tem que ser feito todo dia por qualquer profissional capacitado pra isso.(...) E aí ela disse que eu deveria ir pra outra unidade básica de saúde ou então que eu fosse pro São José, que era um lugar onde tratava e diagnosticava esse tipo de coisa, ainda usou as aspas com as mãos.”(ENT 9,

HOMEM GAY)

As barreiras organizacionais impostas por práticas administrativas, como restringir testes rápidos a determinados dias ou profissionais, comprometem a acessibilidade aos serviços de saúde. Além disso, a forma como as explicações são transmitidas ao paciente, incluindo o uso de gestos irônicos como “aspas com as mãos”, reforça um ambiente de desrespeito e estigmatização.

Fala 6: “A segregação simbólica em espaços especializados”

“Quando você vai num local desse, é como se fosse assim, ali é a, digamos assim, a unidade dos gays, e que na verdade não são só os gays que devem procurar essa questão em relação à saúde, a população em geral, só que justamente pela própria discriminação, as pessoas apontam como se fosse só os gays, então ali é a ala dos gays, onde eles vão fazer os exames, que não era para ser, né?” (ENT 4, HOMEM GAY)

A percepção de que determinados serviços são “destinados aos gays” reflete um processo de segregação simbólica que dificulta a inclusão e a integralidade no atendimento. Essa separação, ainda que não oficial, alimenta preconceitos e reduz a percepção de que a saúde é um direito universal.

Síntese interpretativa da subcategoria: os relatos analisados nesta subcategoria evidenciam como a vinculação automática entre a identidade LGBTQIA+ e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) reflete estigmas profundamente enraizados no campo da saúde. Essa associação é sustentada por práticas clínicas e administrativas que naturalizam preconceitos, reforçando barreiras simbólicas que dificultam o acesso equitativo aos serviços.

A discriminação emerge de diversas formas, desde olhares e comentários sutis até a imposição de procedimentos sem relação direta com a queixa inicial, comprometendo a autonomia e a dignidade dos usuários. Como discutido por Travassos e Castro (2012), barreiras organizacionais agravam as desigualdades no acesso à saúde, perpetuando exclusões e vulnerabilidades. Esses processos podem ser compreendidos à luz de Bourdieu (1994), que descreve como o *habitus* social e institucional molda as práticas e percepções, reproduzindo normas cisheteronormativas e legitimando desigualdades de forma estrutural.

Adicionalmente, a segregação de serviços e a falta de sensibilidade nas interações reforçam estigmas históricos, como a associação entre HIV e a comunidade LGBTQIA+. Isso demonstra como a violência simbólica opera no campo da saúde, naturalizando exclusões e perpetuando práticas que desumanizam os usuários LGBTQIA+, evidenciando a urgência de mudanças estruturais no sistema de saúde.

5.2.1.3 Subcategoria “falta de tratamento humanizado”

A humanização no atendimento é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essencial para promover a equidade e o acolhimento em todos os níveis de atenção. No entanto, as experiências de usuários LGBTQIA+ frequentemente revelam a ausência de práticas humanizadas, substituídas por abordagens baseadas em preconceitos e estigmas. O cuidado integral pressupõe uma relação de diálogo e respeito entre profissional e paciente, que deve transcender os marcadores sociais e culturais.

No campo da saúde, práticas discriminatórias configuram o que Bourdieu (1994) chama de violência simbólica, em que o preconceito é naturalizado, reduzindo a autonomia e a dignidade do usuário. Nesta subcategoria, exploram-se relatos que evidenciam a falta de tratamento humanizado e os impactos dessa lacuna na experiência de cuidado e no acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Falta de consideração pela individualidade no exame ginecológico”

“recentemente, ano passado, na consulta de saúde sexual reprodutiva, no Papa Nicolau, eu tive um pequeno susto, porque assim, eu sou uma mulher bissexual, mas eu estou no relacionamento com uma mulher há muitos anos. Vamos fazer seis anos juntas agora (...) E aí, na hora da consulta, me deu a impressão de que elas iam usar o espelho grande, só dentro da perspectiva de que eu sou uma mulher grande. E a enfermeira não me perguntou na hora da entrevista minha orientação sexual, né? Aí eu me senti na obrigação de falar que eu era uma mulher, que tinha relação sexual somente com outra mulher. Então não fazia

sentido usar o espéculo grande. Ai elas ficaram até: ‘não, tudo bem, não sei o quê, a gente não ia usar, não. A gente nem usa mais’”(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

A falta de questionamento sobre a orientação sexual e a suposição de práticas comuns a todos os pacientes comprometem o atendimento individualizado. Essa abordagem padronizada pode causar desconforto e gerar insegurança para o usuário, reforçando a necessidade de sensibilidade nas práticas de cuidado.

Fala 2: “Desrespeito à privacidade e falta de empatia no atendimento”

Essa experiência do exame, do Papa Nicolau, você acha que foi constrangedor, foi chato você passar por isso? “Com certeza. E eu acho que, assim, existe uma diferença entre eu, que já sou profissional da saúde, e sou enfermeira, sou da área, estudo isso. É uma das minhas áreas de maior afinidade, inclusive, na área da APS. Ver a falta de tato dos profissionais, sabe? De explicar pro usuário, de não ter essa paciência, de fazer com que a gente se sinta à vontade. É um exame já tão desconfortável como um todo, né? E aí acaba que você vê que o profissional não tem uma certa empatia de explicar como é que vai ser o processo, e eles estavam com uma interna, inclusive, tinha uma interna dentro da sala, e em nenhum momento foi pedido a permissão, sabe?”(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

A inclusão de uma estudante no atendimento sem o consentimento da paciente é um exemplo claro de desrespeito à privacidade. Essa atitude, além de desconsiderar o bem-estar do paciente, evidencia falhas no processo de comunicação entre profissionais e usuários.

Fala 3: “Barreiras no acesso e preconceito estrutural”

“quando eu busquei o posto de saúde, quando eu busquei por várias vezes ser atendido pelo SERTRANS, foram constantes, porque você não, na verdade, a porta, se seguisse a legislação, a porta de entrada é o posto de saúde, entretanto, aquela porta estava travada, porque ou por preconceito ou por transfobia, aquele posto de saúde, o diretor, os médicos, os faxineiros, pessoas do administrativo, recepcionistas, por preconceito, não acolhia bem as pessoas trans, ou não acolhe, podemos dizer, ou mesmo por uma questão de que a gente, nós geramos várias legislações, normas, mas a gente não consegue pôr em prática né, e de

forma, assim, humanizar mesmo a pessoa trans, porque as pessoas, a sociedade, está sempre acostumada a nos colocar como coisas diferentes do que é ser humano”(ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala aponta para barreiras estruturais e preconceitos que dificultam o acesso de pessoas trans aos serviços de saúde. Esses obstáculos reforçam o distanciamento entre as normas previstas em legislações e a prática cotidiana nas unidades de saúde.

Fala 4: “Recepção transfóbica e falta de acolhimento”

“No posto de saúde que eu fui a situação mesmo é na recepção. Nessa segunda vez eu consegui falar com a enfermeira, e ela me tratou com o nome social, o nome social bem direitinho. Normalmente a questão é com as pessoas da recepção, pessoas que são transfóbicas, de não terem esse tato de perguntar como você gostaria de ser tratada.”(ENT 15, MULHER TRANS)

O desrespeito enfrentado na recepção mostra como preconceitos individuais podem impactar negativamente o atendimento. O tratamento inadequado logo no primeiro contato contribui para a criação de um ambiente hostil e excludente.

Fala 5: “O paradoxo do despreparo entre profissionais informados”

“é algo que é até muito irônico, né, no sentido de parece que a gente é mais destrutado pelos próprios profissionais da saúde do que pela população em geral. A gente é mais destrutado pelas pessoas que têm acesso à informação, ou que tem uma noção do que minimamente o que o acolhimento ideal deveria ser, sabe, do que uma escuta ativa deveria ser. E eles não fazem isso”(ENT 9, HOMEM GAY)

Mesmo com maior acesso à informação, a reprodução de preconceitos por profissionais de saúde é uma contradição preocupante. Esse comportamento demonstra a necessidade de maior sensibilização e capacitação, para que as interações sejam baseadas em empatia e acolhimento.

Fala 6: “Desumanização no uso do nome social”

“teve uma doutora, essa mesma doutora, que a gente não conseguiu fazer a mudança, né, do nome. Ela foi muito ríspida, não sei, a gente percebe que o jeito de tratar muda. E não há respeito também, não há questionamentos sobre como a pessoa se sente confortável, sobre... não tem acolhimento mesmo, assim, muitas vezes.” (ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

A recusa em respeitar o nome social reflete uma falta de sensibilidade no atendimento, o que pode afetar negativamente a experiência do usuário e reforçar sentimentos de exclusão e desrespeito.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam como a falta de tratamento humanizado compromete profundamente a experiência da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde, resultando em barreiras de acesso, desconfiança e prejuízo à qualidade do cuidado. A violência simbólica, conforme descrita por Bourdieu (1994), se manifesta em práticas que desconsideram a individualidade dos usuários, reforçam preconceitos e negligenciam direitos básicos, como o respeito ao nome social e à privacidade. Esses relatos destacam que, além do despreparo técnico, muitas vezes os profissionais de saúde reproduzem atitudes discriminatórias enraizadas no *habitus* institucional, perpetuando exclusões e vulnerabilidades.

A recorrente ausência de empatia e acolhimento, aliada à resistência em adaptar práticas à diversidade de identidades e necessidades, demonstra a urgência de transformações estruturais e culturais nos serviços de saúde. Essas mudanças devem abranger desde a capacitação técnica e relacional dos profissionais até a reformulação de políticas e procedimentos que garantam um cuidado integral, equitativo e inclusivo. A integralidade no cuidado pressupõe reconhecer e valorizar a subjetividade de cada indivíduo, construindo relações baseadas em respeito e confiança mútua.

5.2.1.4 Subcategoria “medo de sofrer LGBTfobia”

O medo de sofrer LGBTfobia nos serviços de saúde é uma barreira significativa para o acesso e a continuidade do cuidado, especialmente para populações já vulnerabilizadas por

estigmas sociais. Esse receio, frequentemente baseado em experiências anteriores ou relatos de terceiros, reflete a falta de confiança nas práticas institucionais e reforça comportamentos como a evasão dos serviços ou a automedicação.

Segundo Bourdieu (1994), a violência simbólica opera de forma sutil e contínua, naturalizando práticas que desumanizam determinados grupos e os excluem do campo social dominante. No contexto da saúde, essa violência se manifesta no medo que muitos usuários LGBTQIA+ têm de serem julgados, desrespeitados ou discriminados, impedindo-os de buscar assistência, mesmo quando enfrentam problemas de saúde significativos.

Como destacam Travassos e Castro (2012), barreiras simbólicas, como o medo de sofrer discriminação, agravam as desigualdades no acesso à saúde e dificultam a implementação de práticas inclusivas. Esta subcategoria analisa relatos que ilustram como o medo da LGBTfobia influencia o comportamento dos usuários LGBTQIA+, comprometendo sua relação com o sistema de saúde.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Receio de ser destrutada ou negligenciada”

"eu fico muito receosa de não ser atendida ou então de demorarem mais a nos atender, não sei, de ser destrutada ou esquecerem um remédio ou alguma coisa assim." (ENT 12, MULHER LÉSBICA)

O medo de ser negligenciada ou destrutada demonstra como experiências anteriores negativas ou relatos de terceiros influenciam a percepção dos serviços de saúde. Essa sensação afeta a relação de confiança entre o usuário e o sistema, impactando o comportamento no momento de buscar atendimento.

Fala 2: “Preparação emocional para enfrentar discriminação”

“Eu acho que evitar, evitar já não é mais o lugar, já... já venho encontrando mais profissionais que acolhem, mas eu me sinto nesse lugar de estar preparada, né, de precisar me preparar emocionalmente, psicologicamente caso alguma coisa assim

aconteça, e para além da sensação de vulnerabilidade por questões de saúde, né, por questões de saúde dela (namorada), ou de estar buscando alguma, algum diagnóstico, algum remédio e tal, que já é uma situação que a gente já fica mexido, né, ter essa atenção redobrada assim, esse medo de não ser bem tratado ainda é uma, ainda é frequente, ainda existe.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

A preparação emocional relatada revela como o medo de discriminação pode ser internalizado, mesmo quando se reconhecem avanços em alguns atendimentos. Esse preparo constante gera um desgaste emocional que compromete a relação com os serviços de saúde.

Fala 3: “Ansiedade antecipada diante de procedimentos em saúde sexual”

“eu tomo PrEP, certo? E aí, agora, foi aprovado, né, a vacina da HPV, pra as pessoas que tomam PrEP. E eu já conversei com a minha enfermeira e não sei o quê (...) Só que eu já estou extremamente ansioso pra quando eu chegar aqui no posto, que eu entregar a declaração, né, a informação pra me vacinar com a HPV, como que elas vão lidar com isso? Porque é uma coisa que eu já tenho que começar a pensar nas respostas que eu vou dar pras possíveis indagações. Porque, infelizmente, parece que determinado tipo de ações em saúde pra gente é tudo mais dificultoso. Então, é uma ansiedade que tem me gerado de saber de que eu vou, provavelmente eu vou ter que lidar com alguma determinada situação desconfortável.”(ENT 9, HOMEM GAY)

A ansiedade antecipada diante de uma simples vacinação demonstra como práticas discriminatórias anteriores ou esperadas criam barreiras emocionais. Essa antecipação reflete a dificuldade de confiar nos serviços, mesmo em contextos que deveriam ser acolhedores.

Fala 4: “Expectativa negativa antes mesmo de sair de casa”

E você já ia esperando ter o seu direito violado? “A gente já antes de sair, já vai com aquele pesar, né? Aquela resistência de: poxa eu sei exatamente o que eu vou passar quando eu chegar lá...”(ENT 10, HOMEM TRANS)

A fala demonstra como experiências passadas moldam expectativas negativas antes mesmo de buscar atendimento. Essa resistência inicial reflete o impacto do preconceito estrutural na saúde mental e no comportamento dos usuários.

Fala 5: “Escolha do profissional com base no medo da transfobia”

Mas você considera que tem vergonha ou medo de sofrer transfobia se você solicitar uma consulta ginecológica no posto de saúde? “Sim, com toda certeza. O meu medo maior é muito particular, tem alguns garotos que preferem ter consultas com homens e outros preferem ter consultas com mulheres. Eu particularmente prefiro ser atendido por uma médica mesmo, uma mulher ginecologista. Não me sentiria à vontade se fosse um homem. Se fosse uma mulher eu também tenho as minhas questões e tenho medo de sofrer transfobia, mas seria algo mais suportável do que ser atendido por um ginecologista homem.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

A escolha do gênero do profissional reflete estratégias de enfrentamento utilizadas para minimizar situações de desconforto e discriminação. Essas escolhas são condicionadas pelo medo constante de transfobia.

Fala 6: “Resignação frente à discriminação velada”

Você acha que pesava muito para você esse medo da transfobia, de ir para os serviços de saúde e sofrer novamente? “Sim. Sim, pesava demais. Porque eu sempre pensava tanto na transfobia, do constrangimento de como seria tratado, desde lá do guichê, do cadastro, na frente de outras pessoas que estão lá, quanto no médico mesmo, de chegar no médico e citar para ele a minha demanda e ele só olhar para minha cara e dizer que não atenderia, né? Ou que não saberia, que fica aquela coisa, ah, eu não sei atender a sua demanda, mas faça esses exames aqui que eu vou olhar, que é o que normalmente acontece. E o que eu fico percebendo é que, como é um serviço público, não tem como eles negarem mais a fundo esse atendimento, digamos assim, né? Então o que eles fazem? Ah, não conheço a demanda, mas faça esses exames aí que eu olho. Então é basicamente tipo, bom, ele não conhece a minha demanda, mas infelizmente eu tenho que me contentar de que pelo menos um exame eu vou fazer para ele dizer,

pelo menos, se tá alta se tá baixa, a minha testosterona, entendeu? Então é tipo, ah, não é especialidade, mas eu vou aceitar o que tá tendo.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

A resignação ao atendimento precário é um reflexo da baixa expectativa de acolhimento no sistema de saúde, demonstrando como o preconceito velado afeta a relação entre usuário e serviço.

Síntese interpretativa da subcategoria: a subcategoria revela como a expectativa de discriminação afeta profundamente a saúde mental e o comportamento dos usuários LGBTQIA+. O medo de preconceitos, mesmo quando velados, molda as relações com os serviços de saúde, muitas vezes resultando em evasão ou na aceitação de atendimentos precários.

Conforme discutido por Bourdieu (1994), a violência simbólica internalizada por meio de práticas institucionais excludentes perpetua as desigualdades, reforçando barreiras simbólicas que impactam o acesso equitativo à saúde. Como apontam Travassos e Castro (2012), essas barreiras não são apenas um reflexo de atitudes individuais, mas de estruturas culturais e organizacionais que precisam ser transformadas para garantir um ambiente acolhedor e inclusivo.

Adicionalmente, a análise destaca a necessidade urgente de capacitação profissional e mudanças nas práticas institucionais, que promovam um atendimento pautado na empatia e no respeito às especificidades dos usuários LGBTQIA+.

5.2.1.5 Subcategoria “evasão dos serviços por LGBTfobia”

A LGBTfobia, presente de maneira velada ou explícita nos serviços de saúde, é um fator determinante para a evasão de usuários LGBTQIA+. Essa dinâmica compromete o acesso à saúde, um direito fundamental garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e perpetua desigualdades já existentes. Segundo Bourdieu (1994), a violência simbólica opera de forma implícita, moldando práticas que excluem ou marginalizam determinados grupos, mesmo quando essas práticas são percebidas como “naturais” pelos profissionais.

A evasão dos serviços de saúde ocorre quando os usuários, diante de experiências discriminatórias, evitam retornar aos mesmos espaços ou deixam de buscar assistência médica, mesmo em situações de necessidade. Estudos, como o de Travassos e Castro (2012),

destacam que essas barreiras, muitas vezes baseadas em preconceitos e estigmas, têm um impacto direto na saúde dessas populações, ampliando as vulnerabilidades sociais e sanitárias.

Nesta subcategoria, analisam-se relatos de participantes que ilustram como a LGBTfobia, manifestada em interações interpessoais e práticas institucionais, leva ao afastamento de usuários LGBTQIA+ dos serviços de saúde.

Fala 1: “A evasão como resposta ao preconceito nos serviços”

Isso (olhares preconceituosos) é um fator que te afasta dos postos de saúde? “É, seria um deles.” (ENT 19, HOMEM GAY)”

O relato ilustra como experiências de preconceito, ainda que sutis, criam um ambiente que afasta os usuários LGBTQIA+ dos serviços de saúde. Esse comportamento de evasão reflete o impacto direto que a discriminação tem na busca por cuidados de saúde, prejudicando a continuidade do atendimento.

Fala 2: “Recusa e receio diante do sistema de saúde”

Chegando a ser, tipo, impeditivo de você ir para os postos? Você se negava, pensava duas vezes, em ir? “É, tô nessa vibe aí. Não pro posto de saúde, né? Mas de emergência, de tudo em relação à saúde. Eu tô muito nessa, eu não sinto, assim, eu vou porque é forçada mesmo.” (ENT 13, MULHER LÉSBICA)

A fala expressa um receio constante de buscar atendimento, que só ocorre em situações extremas. Essa resistência em acessar os serviços reflete a percepção de que o ambiente de saúde não é acolhedor, desencorajando até mesmo a busca por atendimento essencial.

Fala 3: “O afastamento de mulheres LGBTQIA+ por preconceitos nos cuidados ginecológicos”

Você acha que esses tipos de atitude afastam as mulheres, especialmente as mulheres bissexuais, lésbicas, desse tipo de atendimento? “Com toda certeza (com ênfase), com

toda certeza, assim. Eu tenho uma rede de amigas lésbicas, bissexuais, assim, e é realmente um estresse essa questão da ida ao ginecologista, porque a gente não se sente à vontade, né, para comentar, sofrer algum tipo de, ter um receio de sofrer algum tipo de violência, seja a violência de querer empurrar contraceptivo, seja a violência de negação mesmo da sexualidade, de achar que é virgem, porque nunca transou com cara, mas com certeza isso afasta as pessoas e faz com que, principalmente as pessoas LBTs que precisam dessa atenção também, né, muitas vezes têm comportamento de risco, nem elas sabem que tem comportamento de risco, e nem os próprios profissionais sabem o que é um comportamento de risco que não envolva penetração, então é bem complicado” (ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

O depoimento revela que atitudes desrespeitosas ou preconceituosas durante consultas ginecológicas criam uma barreira significativa para mulheres LBTQIA+. A falta de preparo dos profissionais para lidar com a diversidade sexual contribui para um ambiente que as afasta dos cuidados preventivos e essenciais.

Fala 4: “O acesso forçado aos serviços devido à necessidade extrema”

*“É tipo isso, eu vou à força” (...) Mas você acha que não vai por conta disso, desse receio?
“Exato. É, porque é um saco, às vezes.” (ENT 13, MULHER LÉSBICA)*

O relato reflete como o medo de vivenciar situações desconfortáveis faz com que o acesso aos serviços de saúde seja forçado, apenas em casos de extrema necessidade. Essa percepção negativa compromete a relação do usuário com o sistema de saúde e limita o acesso a cuidados preventivos.

Fala 5: “Experiência negativa no passado e afastamento duradouro”

E você associa esse não retorno a essa experiência que você teve com essa médica? “Eu nunca tinha me tocado disso, porque eu sempre fui uma pessoa que encoraja outras pessoas a buscarem ajuda médica e tal (...) Na época, eu fui expulsa de casa, porque minha mãe descobriu que eu era lésbica, né? Eu tinha entre 16 e 17 anos, mais ou menos, fui morar com uma amiga, então, eu estava muito assim por mim, e acho que já estava numa situação meio

vulnerável em relação a isso, e talvez essa pergunta né me fez, não sei, achar que ali não era o lugar para mim, e eu não queria lidar com tipo de pergunta desse jeito, era muito nova, então, em alguma parte da minha cabeça, eu também achava que estava fazendo alguma coisa errada, que era uma pessoa errada e tal, não sei, mas acho que se eu parar para pensar um pouco mais nessa situação, tudo se encaixa.” (ENT 12, MULHER LÉSBICA)

A experiência negativa, vivida em um momento de grande vulnerabilidade, marcou profundamente a entrevistada, contribuindo para o afastamento dos serviços de saúde. Esse episódio reflete como o atendimento desrespeitoso pode criar barreiras duradouras ao cuidado.

Fala 6: “Recusa de retorno devido à falta de confiança no serviço”

Você chegou a retornar lá? “Não, porque infelizmente eu não quero ter que passar por isso de novo, entendeu? Porque eu sei que se eu vou lá vai ser do mesmo jeito.” (ENT 9, HOMEM GAY)

O relato demonstra como experiências negativas anteriores criam uma desconfiança duradoura nos serviços de saúde. Esse ciclo de evasão é agravado pela falta de ações efetivas para melhorar o atendimento e garantir um ambiente acolhedor e inclusivo.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas nesta subcategoria mostram como práticas discriminatórias, baseadas em preconceitos e desinformação, levam usuários LGBTQIA+ a evitarem ou abandonarem os serviços de saúde. O receio de enfrentar situações constrangedoras, somado a experiências passadas negativas, cria um ciclo de exclusão que compromete tanto o cuidado preventivo quanto a resposta a necessidades urgentes.

Esse fenômeno é amplamente explicado pela violência simbólica descrita por Bourdieu (1994), onde as normas institucionais e culturais naturalizam práticas excludentes. A falta de confiança nos serviços de saúde não apenas afeta a saúde individual, mas também reforça desigualdades estruturais no acesso à saúde. Como discutido por Travassos e Castro (2012), superar essas barreiras exige uma transformação tanto nas atitudes dos profissionais quanto na organização dos serviços, garantindo um ambiente acolhedor e inclusivo para todas as pessoas.

5.2.1.6 Subcategoria “onde está o preconceito no percurso do atendimento?”

A jornada de um usuário nos serviços de saúde é composta por diferentes etapas, desde a recepção até o atendimento clínico. Cada uma dessas etapas apresenta oportunidades para práticas inclusivas, mas também para reproduções de preconceito e discriminação. No caso de usuários LGBTQIA+, esses momentos de interação podem se tornar espaços de violência simbólica, na qual práticas discriminatórias são naturalizadas e internalizadas tanto pelos profissionais quanto pelos usuários (Bourdieu, 1994).

Identificar em quais momentos do percurso de atendimento o preconceito se manifesta é essencial para compreender as barreiras enfrentadas e propor intervenções efetivas. Segundo Travassos e Castro (2012), as barreiras organizacionais são responsáveis por moldar a experiência dos usuários e determinar o grau de acesso equitativo aos serviços de saúde. Essa subcategoria explora relatos de usuários LGBTQIA+ que evidenciam os pontos de maior vulnerabilidade às condutas discriminatórias no percurso do atendimento, trazendo à tona a necessidade de mudanças culturais e estruturais no campo da saúde.

Fala 1: “Acesso tranquilo, mas com relatos de exclusão de outros usuários”

“Eu tive sorte de, enfim, estar indo lá para resolver o problema que eu tinha para resolver e resolveram, não fui distratada.” Quando você fala que teve sorte, é porque você já escutou relatos ruins de outras pessoas? “Sim, mas é porque as minhas demandas eram diferentes das outras pessoas, porque no caso a minha demanda enquanto pessoa trans e acesso à saúde, eu já acessava tudo ambulatorial. As pessoas que eu escutei terem queixas eram que queriam acessar endocrinologista, ainda escuto queixas de que através do posto foram atrás de endocrinologista e o profissional não quis atender a demanda trans. Às vezes é... de não entender como dar encaminhamento para o ambulatório, coisas assim. Nunca escutei nada mais extremo não, mas é isso.”(ENT 6, MULHER TRANS)

A fala reflete uma experiência de atendimento relativamente tranquila, mas destaca os desafios enfrentados por outros usuários trans que buscaram serviços especializados, como a endocrinologia. Isso ilustra como a falta de preparo e conhecimento em áreas específicas pode gerar exclusão, dificultando o acesso de populações vulneráveis a cuidados essenciais.

Fala 2: “Constrangimento no uso do nome social”

“E daí, quando você tinha apenas ali o nome social, você já tinha constrangimento no momento que você entra na unidade base de saúde, no posto de saúde, porque a gente vê a negligência ou a falta de conhecimento, desde o mais simples servidor ali do posto de saúde, até o mais alto, que foi, podemos falar de médicos, diretor de postos, que ainda não compreendia” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O relato evidencia como a falta de compreensão sobre o uso do nome social impacta negativamente a experiência do usuário trans desde o início do atendimento. O constrangimento gerado pode ser um reflexo de negligência ou desinformação, apontando para a necessidade de uma capacitação mais ampla entre os profissionais e equipes administrativas.

Fala 3: “Preconceito nas interações com outros usuários do serviço”

“É meio que as pessoas que estão mesmo no posto, frequentando por exemplo, tem ali uma fila de senhora, ah, é tiro e queda.” (ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

A fala expõe a discriminação vinda de outros usuários do serviço, mostrando que o preconceito não se limita às interações com profissionais. Isso reforça a importância de promover um ambiente mais inclusivo nos serviços de saúde, para que todos os usuários se sintam respeitados e seguros.

Fala 4: “Desrespeito ao nome social em múltiplos pontos do percurso”

Você sente mais desrespeito do seu nome social é na recepção? Quando chega nos profissionais você também diz: Eu gostaria de ser chamado com meu nome social, eles respeitam? É mais fácil lhe respeitar? “Não, também não. Nem a recepção nem os médicos.” (ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

O discurso traz o desrespeito contínuo ao nome social em diferentes etapas do atendimento, indicando que a discriminação não é limitada a um ponto específico do percurso. Essa falha recorrente no respeito à identidade do usuário afeta a confiança e a segurança no atendimento.

Fala 5: “O preconceito intensificado no atendimento médico”

Você percebe que o nível de preconceito, ele é maior na recepção, na chegada, ou com os profissionais? “No médico.” Com os profissionais? “No médico.” No médico mesmo? “Sim.” (ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

O relato enfatiza que os médicos são percebidos como os principais agentes de preconceito, destacando como essas interações podem ser particularmente prejudiciais à experiência do paciente. Esse comportamento aponta para a necessidade urgente de maior sensibilização e formação específica para profissionais da área médica.

Síntese interpretativa da subcategoria: a subcategoria evidencia como práticas discriminatórias estão presentes em diferentes etapas do acesso aos serviços de saúde, desde a recepção até o atendimento médico. Essas discriminações, manifestadas de forma sutil ou explícita, impactam a experiência de usuários LGBTQIA+, comprometendo a relação de confiança com os serviços de saúde.

Segundo Bourdieu (1994), a violência simbólica se manifesta tanto na desinformação quanto no preconceito direto, criando um ambiente de exclusão que desmotiva a busca por cuidados regulares. Além disso, como apontam Travassos e Castro (2012), barreiras simbólicas no percurso do atendimento ampliam as desigualdades de acesso, impactando especialmente as populações mais vulneráveis.

Esses relatos reforçam a necessidade de capacitar profissionais em todos os níveis, desde a recepção até a equipe médica, para garantir que o percurso do atendimento seja acolhedor e inclusivo. Políticas públicas voltadas para a equidade no SUS devem priorizar a desconstrução de preconceitos no campo da saúde, promovendo práticas que respeitem as identidades e especificidades dos usuários LGBTQIA+.

5.2.1.7 Subcategoria “Evasão dos serviços por falta de discrição”

A falta de discrição nos serviços de saúde, especialmente em situações que envolvem a busca por preservativos, testes de ISTs ou outros procedimentos relacionados à saúde sexual, pode gerar constrangimento e até mesmo o abandono do atendimento. Para a população LGBTQIA+, que frequentemente enfrenta estigmas sociais e preconceitos, a exposição de informações pessoais nesses contextos representa uma forma de violência simbólica, conforme descrita por Bourdieu (1994). Essa falta de cuidado na preservação da privacidade reforça um ambiente excludente e desmotivador.

Os relatos analisados nesta subcategoria mostram como práticas como chamar pacientes em público para testes específicos, comentários indiscretos por parte de funcionários e abordagens rústicas podem impactar diretamente a decisão de acessar ou continuar o atendimento. A integralidade do cuidado inclui respeitar a privacidade e a dignidade dos pacientes, elementos essenciais para construir um ambiente acolhedor e confiável.

Nesta subcategoria, exploram-se os impactos da falta de discrição nos serviços de saúde, evidenciando como essas práticas afetam a adesão aos cuidados e contribuem para a evasão de usuários LGBTQIA+.

Fala 1: “A falta de sigilo no ambiente comunitário”

“o jovem, por exemplo, muitas vezes vai pegar a camisinha num posto lá do outro lado, à distância da casa dele, porque se ele mora ali perto do posto, todo mundo se conhece. Quem trabalha no posto se conhece, todo mundo. E aí esses funcionários, eles não têm o crivo do sigilo. E aí eles saem falando, comentando, rindo, a fulaninha vem aqui, a fulaninha vem aqui e pegou um bocado de camisinha, pronto já é puta, que é essa a entonação que essa moçada dá.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA

A participante aponta a falta de sigilo por parte dos funcionários do posto de saúde, destacando como comentários e julgamentos morais podem criar um ambiente hostil. Essa dinâmica inibe o acesso a serviços essenciais, como a busca por preservativos, especialmente em comunidades onde há maior proximidade entre os usuários e os profissionais.

Fala 2: “A vergonha como barreira de acesso”

“Com certeza, talvez sim, por conta da discrição mesmo que não houve. Inclusive, já vi vários relatos de outras pessoas que sofrem esse tipo de vergonha e aí acabam não querendo procurar (testagem para ISTs).” (ENT 4, HOMEM GAY)

A vergonha e o constrangimento gerados pela falta de discrição são barreiras que afastam tanto os indivíduos diretamente afetados quanto outros que ouvem relatos dessas experiências. Isso reforça como a ausência de práticas respeitadas pode desencorajar a busca por serviços de saúde, prejudicando tanto a saúde individual quanto coletiva.

Fala 3: “Chamadas públicas e exposição no atendimento”

“Foi na hora de chamar pra fazer o exame, fulano de tal, aí você leva outra mão, bora lá fazer o exame do HIV, ou então, e na hora que sai o exame também, bora lá receber seu exame, fulaninho, não sei que... Esse tipo de fala é que poderia ser diferente, principalmente numa rede pública onde lá estava lotado e sempre está lotado, pelo que eu sei, e que a abordagem é bem rústica, digamos assim.” (ENT 4, HOMEM GAY)

O relato evidencia a exposição de informações pessoais durante chamadas públicas para exames, causando constrangimento em locais movimentados. Essas práticas comprometem a privacidade do usuário, desrespeitando sua dignidade e criando situações de desconforto e estigma.

Fala 4: “A decisão de abandonar o atendimento por falta de discrição”

“Um amigo meu mesmo, um amigo muito próximo, ele não fez o teste, justamente por vergonha mesmo, por chegar lá no mesmo local que eu fui, lá no Jacarecanga, e sentiu muito invadido, ele ficou com muita vergonha, e aí ele disse, eu vou embora antes que chame o meu nome, porque eu não vou conseguir me identificar, justamente por ele ver a forma que os outros estavam sendo chamados, e aí acabou indo embora sem fazer o exame, por vergonha mesmo, porque ele disse, não, eu não vou conseguir me identificar e não vou conseguir

aguardar o exame, porque da forma que eles estão fazendo aqui, e acabou não fazendo por essa questão.”(ENT 4, HOMEM GAY)

A falta de discrição durante o atendimento levou um paciente a abandonar o serviço antes mesmo de realizar o exame. Essa evasão reflete como práticas inadequadas afetam diretamente a adesão aos serviços, gerando impacto negativo na prevenção de doenças e na continuidade do cuidado.

Síntese interpretativa da subcategoria: a subcategoria evidencia como a exposição de informações pessoais, comentários indiscretos e abordagens insensíveis nos serviços de saúde podem causar constrangimento e afastar usuários LGBTQIA+. Essas práticas comprometem o direito à privacidade e refletem a violência simbólica descrita por Bourdieu (1994), que desumaniza os usuários ao tratar informações pessoais de forma pública e invasiva.

A falta de discrição não apenas afeta a relação de confiança entre usuário e serviço, mas também desmotiva a busca por cuidados regulares e preventivos, especialmente em questões relacionadas à saúde sexual. Como apontam Travassos e Castro (2012), barreiras simbólicas como essas perpetuam desigualdades e prejudicam a adesão a políticas públicas de saúde.

É urgente que os serviços de saúde invistam em estratégias de capacitação para promover práticas mais discretas e acolhedoras, garantindo que a privacidade dos usuários seja respeitada em todas as etapas do atendimento. Isso não apenas reduziria a evasão, mas também incentivaria uma maior adesão às ações de prevenção e cuidado.

5.2.1.8 Subcategoria automedicação

A automedicação é um fenômeno frequente em contextos em que o acesso aos serviços de saúde é limitado ou marcado por experiências negativas. Para a população LGBTQIA+, a automedicação muitas vezes surge como uma resposta à LGBTfobia, à falta de acolhimento e à desconfiança em relação aos profissionais de saúde. Esse comportamento, embora ofereça uma solução imediata, pode acarretar riscos graves à saúde, como diagnósticos tardios e complicações médicas.

O cuidado integral pressupõe a construção de uma relação de confiança entre usuário e profissional de saúde, onde o paciente se sente confortável para buscar orientação e

acompanhamento. No entanto, como descrito por Bourdieu (1994), a violência simbólica presente nas práticas de saúde pode alienar populações vulnerabilizadas, levando-as a buscar alternativas precárias como a automedicação.

Nesta subcategoria, são analisados relatos que evidenciam como as experiências de discriminação, o medo de julgamento e a desinformação contribuem para a adoção da automedicação entre usuários LGBTQIA+.

Fala 1: “Evitação do atendimento e risco da automedicação”

“Porque ainda por conta dessas barreiras e desrespeitos, a nossa população trans e travestis evita procurar os postos de saúde e se medica. Esse auto se medicar isso é muito perigoso para a saúde da nossa população.” (ENT 1, MULHER TRANS)

A participante aponta como barreiras de acesso e episódios de desrespeito nos serviços de saúde incentivam a automedicação, destacando os riscos associados a essa prática. Esse relato reflete como a falta de acolhimento pode afastar a população trans dos cuidados formais, criando um ciclo de vulnerabilidade e agravamento das condições de saúde.

Fala 2: “O ‘Doutor Google’ como substituto dos serviços de saúde”

“Se tem algum problema, ou mesmo com a terapia hormonal ou infecção urinária, qualquer tipo de problema que vem, a pessoa vai procurar a automedicação, ir numa farmácia, no doutor google, as pessoas acabam evitando de procurar o acesso aos serviços de saúde.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

A fala evidencia a busca por alternativas informais, como a internet e farmácias, quando o acesso ao sistema de saúde é percebido como hostil ou ineficaz. Essa prática pode levar a consequências negativas à saúde, já que a falta de acompanhamento adequado pode resultar em diagnósticos errados ou tratamentos inadequados.

Fala 3: “Automedicação como proteção de cuidados necessários”

E a dor passou? Como foi que você resolveu o problema? “Eu pedi pra minha avó o remédio dela, ela tem problema ósseo também, toma remédio pra dor, um remédio fortíssimo, paco, eu pedi pra ela e tomei por uns dois, três dias seguidos. E aí, sumiu, mas é uma situação que eu sei que eu tô só protelando, não tô me livrando dela, que eu vou ter que em algum momento ver como é que eu tô, ver como é que eu posso me encaminhar pra fazer uma histerectomia, já que é incompatível eu ter esses órgãos com o hormônio que eu tomo e eu não pretendo gerar um filho biológico, não tenho necessidade de manter esses órgãos. Então, eu sei que em algum momento, isso que eu tô protelando, que eu tô evitando, eu vou ter que encarar.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

Essa fala está no contexto de uma tentativa frustrada do participante em agendar uma consulta ginecológica na UAPS. Ele relata o constrangimento vivido na recepção, onde a falta de discrição por parte dos profissionais resultou em comentários que estranharam sua aparência masculina solicitando um exame ginecológico. Esse episódio ocorreu em um ambiente público, expondo o participante a um desconforto que o levou a abandonar o local sem prosseguir com o agendamento.

O relato aborda como a automedicação serve como uma solução temporária para lidar com questões de saúde enquanto o participante evita o contato com um sistema que considera inadequado para atender suas demandas. A fala destaca o impacto das experiências negativas no serviço de saúde, que resultam no adiamento de cuidados necessários e na deterioração da saúde ao longo do tempo.

Síntese interpretativa da subcategoria: a análise das falas revela como a discriminação, a desinformação e o medo de julgamento levam a população LGBTQIA+ a evitar os serviços de saúde e a buscar alternativas precárias para tratar suas condições. A automedicação, embora ofereça uma solução imediata, agrava os riscos à saúde e impede diagnósticos e tratamentos apropriados.

Segundo Bourdieu (1994), a violência simbólica presente nas práticas de saúde aliena indivíduos que internalizam o preconceito e deixam de acessar os serviços. Além disso, como apontam Travassos e Castro (2012), barreiras organizacionais perpetuam desigualdades e reforçam práticas de saúde ineficazes. Essa dinâmica é particularmente preocupante em casos que envolvem terapias hormonais e condições crônicas, onde o acompanhamento médico é essencial.

Para combater a automedicação e seus riscos, é necessário investir em políticas de saúde que promovam um ambiente inclusivo e humanizado, além de campanhas educativas que orientem a população LGBTQIA+ sobre a importância do acompanhamento profissional. Dessa forma, será possível reduzir as barreiras de acesso e garantir um cuidado integral e equitativo.

Conclusão da categoria

Os relatos analisados na categoria revelam como a LGBTfobia, explícita ou velada, compromete o direito à saúde da população LGBTQIA+. As subcategorias analisadas apontam barreiras que vão desde a falta de discriminação e acolhimento até a violência simbólica e a ausência de preparo técnico para atender às demandas específicas dessa população. Essa dinâmica reflete as desigualdades estruturais que persistem no sistema de saúde, reproduzindo exclusões que impactam não apenas o acesso, mas também a qualidade do cuidado recebido.

O referencial teórico adotado, como os conceitos de violência simbólica de Bourdieu (1994) e de barreiras organizacionais de Travassos e Castro (2012) possibilita compreender como essas práticas discriminatórias são naturalizadas, dificultando mudanças efetivas. Para superar essas barreiras, é necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde, promover políticas públicas inclusivas e fomentar um ambiente acolhedor que respeite as diversidades de gênero e sexualidade.

5.2.2 Categoria “Transfobia nas UAPS”

A transfobia emerge como uma das principais barreiras enfrentadas por pessoas trans nas UAPS. Essa categoria destaca as múltiplas formas de violência experienciadas, desde o desrespeito ao uso do nome social até dificuldades relacionadas ao uso de banheiros e à busca de profissionais de saúde que garantam um atendimento digno. As narrativas refletem a persistente exclusão e a falta de preparo das unidades para acolher as especificidades dessa população. Essa realidade é agravada pela naturalização de práticas discriminatórias, que perpetuam a sensação de insegurança nos espaços de saúde. Além disso, a ausência de políticas públicas efetivas e de capacitações voltadas para o cuidado integral reforça a vulnerabilidade dessa população.

5.2.2.1 Subcategoria “Desrespeito ao nome social/pronomes”

A garantia do uso do nome social e dos pronomes adequados é um direito fundamental para as pessoas trans e travestis, estabelecido em normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçado por legislações nacionais e internacionais sobre direitos humanos. No entanto, o desrespeito a esses aspectos básicos de reconhecimento identitário persiste como uma forma de violência simbólica e material nos serviços de saúde, incluindo as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Esse desrespeito não apenas reforça a exclusão social e a marginalização dessas populações, mas também revela a cisnormatividade presente nos campos institucionais da saúde. Segundo Pierre Bourdieu (1989), os espaços sociais, como o sistema de saúde, reproduzem estruturas de poder e *habitus* que naturalizam hierarquias e opressões. Assim, o não reconhecimento do nome social ou o uso inadequado de pronomes evidencia a violência simbólica que legitima a dominação cisgênera e transfóbica no cotidiano das UAPS.

Essa subcategoria analisa os relatos de pessoas trans que enfrentaram essas violações, destacando os impactos emocionais, sociais e no acesso aos serviços de saúde. Os dados expõem como o desrespeito ao nome social e pronomes não se trata apenas de uma falha administrativa, mas de uma barreira simbólica que compromete a equidade e o acolhimento no sistema de saúde.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Eu sou ela, eu sou dela e meu nome é Carla!”

“A situação foi comigo, né? Mas já aconteceu com outras pessoas, travestis e trans que já frequentaram a saúde básica, ainda volta a bater na questão dos prontuários médicos, na questão do nome social e da melhor capacitação desses profissionais a atender a população trans, travesti. Porque eu passei por muito vexame. O atendente lá do posto de saúde, me chamou de senhor. Eu disse: ‘opa, como é?’ Ele: ‘não é por respeito’. Não! por respeito não! Sou senhora! Eu sou ela, eu sou dela e meu nome é Carla, tá aqui o meu RG. Você precisa respeitar o meu nome social!(...) O nome social ainda, infelizmente, é desrespeitado nos

prontuários médicos, nos receituários” (ENT 1, MULHER TRANS)

Nessa fala, troquei o nome verdadeiro por um fictício para preservar a identidade da participante. A fala reflete uma situação de constrangimento vivida pela usuária, destacando a importância do respeito ao nome social para garantir dignidade no atendimento. A justificativa do atendente ao desrespeitar o nome social demonstra uma falta de preparo e sensibilidade, reforçando práticas que dificultam a inclusão de pessoas trans nos serviços de saúde.

Fala 2: “Foi bem ‘paia’ mesmo no início da transição”

“Então, essas duas situações tiveram outras referente a nome social, que eu vivi em UPAs, e não foi só uma vez, foram várias que eu solicitava o nome social, diziam que estava tudo certo, só que na hora de chamar, chamava o nome civil, né? Então, foi bem paia mesmo no início da transição.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

Mesmo o relato trazendo o contexto de UPA (Unidade de Pronto Atendimento), optei por incluí-lo nesta análise, pois o participante relatou não ter experiências transfóbicas em UAPS. Esse destaque permite ampliar a compreensão de que, embora o foco da pesquisa seja na Atenção Primária à Saúde, as práticas transfóbicas relatadas por pessoas trans e travestis não se restringem a um nível de atenção. O relato evidencia como a transfobia institucional permeia diferentes esferas do sistema de saúde, configurando-se como um problema estrutural e sistêmico.

O relato aponta para a dificuldade enfrentada por pessoas trans em garantir que seu nome social seja respeitado em serviços de saúde, mesmo quando há acordo prévio. A repetição do desrespeito ao nome social demonstra a necessidade de melhorias no treinamento de profissionais e na padronização de práticas administrativas para evitar constrangimentos.

Fala 3: “A ansiedadezinha que dói o peito”

A questão do desrespeito ao seu nome social, chega a lhe causar sofrimento, ansiedade ao ir nos postos, como é? “Momentaneamente sim, mas pessoalmente é uma coisa que eu saio do posto e esqueço, mas naquele momento causa incômodo, dá uma ansiedadezinha que dói o

peito, sabe? E existe também, só completando, existe também um lugar, é uma coisa que eu tenho trazido pra mim e que tem me ajudado muito, que é entender que não necessariamente aquelas pessoas podem estar fazendo... é mentir pra si mesmo, sabe? Nesse lugar, estar naquele lugar e mentir pra você por uns 10 minutos ali de que essa pessoa não quer te fazer mal, isso me ajuda. Tipo assim, essa mentirinha que a gente conta pra gente, eu faço muito isso. E me ajuda a esquecer.”(ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

O relato destaca o impacto emocional do desrespeito ao nome social, gerando ansiedade e desconforto durante o atendimento. A estratégia de minimizar o impacto do desrespeito revela como as pessoas trans e não binárias precisam desenvolver mecanismos de enfrentamento diante de situações recorrentes de discriminação.

Fala 4: “Eu faço questão de falar meu nome!”

“quando acontece a questão de eles não respeitam o nome de forma alguma, você pode falar um milhão de vezes, fingem que nem estão ouvindo, em mim eu não dou muita importância, sabe? É algo que eu lembro depois, é algo que eu estou lembrando nesse momento, porque está sendo pontuado, né? Mas é uma coisa que não me atinge muito, mas existe muito esse desrespeito em relação ao nome e eu faço questão de falar mesmo, tipo sempre, a pessoa fala: ‘não sei o quê... fulano!’ Eu aqui: ‘mas eu me chamo Cris!’ Eu falo nesse tom: ‘eu me chamo Cris!’ E foda-se... eu sou incisivo e é mesmo que nada.” (ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

Destaco que o nome Cris é fictício a fim de preservar a identidade do participante. A fala evidencia tanto a persistência do desrespeito ao nome social quanto a postura ativa de resistência adotada pela pessoa entrevistada. Embora ENT 16 mencione que tenta minimizar o impacto emocional da situação, a necessidade constante de reafirmação de sua identidade revela um desgaste. Ao mesmo tempo, a resistência ativa marcada pela frase “eu faço questão de falar mesmo”, representa um ato de contestação frente à transfobia estrutural, desafiando o *habitus* cisnormativo que permeia o campo da saúde. No entanto, a insistência em corrigir os profissionais reflete um esforço que não deveria ser necessário, reforçando a desigualdade de poder simbólico entre os usuários trans e não binários e os agentes das instituições de saúde.

Fala 5: “Não deveria ser motivo para negar um serviço”

“A outra justificativa mais comum também era o fato do meu nome na receita médica estar com o meu nome morto, e a minha identidade estar com o meu nome atual. E diante dessas duas, essas questões, o meu CPF sempre foi o mesmo, sempre foi o mesmo. Então, desde que eu nasci, o meu CPF sempre foi o mesmo. Então, é...já é comprovado que, independente do meu nome, isso é uma questão de lei, é nome social. Então, o meu nome não deveria ser questionado se ele tem um A ou um O no final, entendeu? Por quanto que o meu nome é Cláudio e o meu nome morto tinha um A no final no lugar O. E aí não deveria me empatar de receber um serviço. Não deveria ser motivo para me negar um serviço.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

Informo que o nome utilizado na fala é fictício para preservar a identidade do participante. Contextualizando a fala, o participante relata não ter conseguido a aplicação do hormônio testosterona em uma farmácia devido à presença de seu nome morto na receita médica. Ele denuncia a utilização do nome civil como pretexto para negar atendimento, evidenciando a contradição entre os direitos garantidos por lei e as práticas cotidianas. Embora o nome na receita seja um dado importante, a função primordial da farmácia é garantir que o medicamento seja dispensado corretamente à pessoa certa, o que pode ser verificado pelo CPF, um dado único e inalterável, mesmo após a retificação de nome e gênero, conforme disposto na Lei nº 9.454/1997 (Brasil, 1997).

Fiz questão de incluir essa fala, pois o discurso do participante mudou ao acessar a UAPS, onde foi muito bem atendido e onde recebe a testosterona regularmente até os dias atuais. Essa experiência positiva na Atenção Primária contrasta com a violência vivenciada em outros níveis de atenção e reforça o papel central das UAPS na promoção de um cuidado inclusivo e equitativo.

A fala, mesmo se dando fora do contexto de UAPS, demonstra a saga violenta que pessoas trans percorrem em busca de serviços de saúde. O mesmo participante trouxe na entrevista que antes de conhecer a UAPS que frequenta atualmente, episódios como o relatado eram frequentes, muitas farmácias negavam a dispensação e/ou a aplicação da testosterona.

A recusa na dispensação do medicamento com base apenas na divergência de nome, quando o CPF corresponde, configura uma barreira desnecessária ao acesso à saúde. Tal prática contraria a decisão do STF (Brasil, 2019), que assegura o direito à retificação de nome

e gênero, determinando que o nome social seja respeitado e utilizado. Essa conduta também vai contra as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013), que exige a eliminação de barreiras discriminatórias em todas as esferas do sistema de saúde, incluindo farmácias.

Fala 6: “Foi tratado como fraude ideológica”

“e aí ela começou a dizer: ‘não, mas é porque o nome que tem aqui é tal e a foto é de uma mulher, infelizmente eu não vou poder deixar o senhor ter acesso ao atendimento.’ Porque ela meio que quis dizer que era fraude ideológica, até que a gente teve que chamar o superior dela e o superior chamou, acho que o gerente, não sei, lá depois, e ele pegou e disse que eu tinha que assinar um termo para poder ter acesso” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O caso ilustra como a ideia de “fraude ideológica” é utilizada como justificativa para deslegitimar identidades trans, criando barreiras adicionais ao acesso aos serviços. Essa prática reflete a falta de sensibilidade e conhecimento por parte dos profissionais, que impõem exigências burocráticas desnecessárias e reforçam um ambiente de exclusão.

Fala 7: “O nome social não estava no sistema”

“voltei para esse hospital e em determinado momento precisei fazer exame de sangue e na hora de fazer a coleta do exame de sangue foi quando eu soube que não tinha sido registrado meu nome social na recepção, que eu informei. Eu havia entregado o meu documento, meu registro civil, que é o registro civil expedido em 2016, portanto ainda não tinha o campo do nome social e eu entreguei junto a esse documento um papel com o nome social escrito por extenso para facilitar para o profissional registrar mas o profissional que estava na recepção que eu lembro muito bem que era um homem, ele não registrou e só quando eu fui fazer o exame de sangue que eu soube que não tinha o nome social e aí a profissional que foi coletar o meu sangue ela perguntou qual era o meu nome social e colocou lá no frasco e colocou de caneta na minha ficha ela escreveu de caneta o nome social na minha ficha que ela recebeu” (ENT 3, MULHER TRANS)

A fala demonstra como falhas administrativas, como a não inclusão do nome social no sistema, expõem as pessoas trans a constrangimentos desnecessários. Essa situação reflete a falta de preparo institucional, onde a ausência de procedimentos claros e eficazes para o registro do nome social compromete a experiência do paciente.

Fala 8: “O nome social estava lá, mas ninguém usava”

“o SUS dá o direito do nome social desde 2015, mas tem algumas amigas minhas que não são retificadas, onde o profissional tem o prazer de chamar em alto e bom som o nome do qual ela não se identifica, sendo que não há necessidade nenhuma daquilo. Mas a partir do momento que vai a receita ou prontuário com o nome do qual a pessoa não se reconhece, mas tem lá o nome social, a pessoa entende que é pelo nome social que ela deve ser tratada, mas alguns profissionais usam desse artifício para validar a sua transfobia.”(ENT 2, MULHER TRANS)

A fala evidencia uma prática transfóbica que não apenas ignora os direitos estabelecidos, mas utiliza deliberadamente o nome civil para constranger pessoas trans em contextos de saúde. O uso em “alto e bom som” do nome com o qual a pessoa não se identifica é um ato que vai além da negligência administrativa: é uma violência simbólica, conforme definida por Bourdieu (1989), em que o poder institucional é exercido de forma velada, mas profundamente opressiva, reforçando as normas cisnormativas e deslegitimando identidades trans.

Fala 9: “A dificuldade com o sistema e o despreparo dos profissionais”

“eu tive dificuldade para registrar o meu nome social, 2017 foi o primeiro ano em que começou a valer o decreto estadual número 32.267, se eu não me engano, que tratava sobre o nome social, então por ser no primeiro ano desse decreto, a maioria dos serviços públicos ainda não estava com profissionais treinados para acolher o nome social(...) eu perguntei sobre o nome social, ao que a atendente me informou que o sistema ainda não tinha esse campo do nome social para registro, só havia um único campo de registro para nome completo e esse registro tinha que ser feito com o nome civil, o nome que estava no RG”(ENT 3, MULHER TRANS)

A fala reflete as dificuldades enfrentadas na implementação de novas políticas, como o registro do nome social, devido à falta de treinamento e adequação dos sistemas administrativos. Essa falta de preparo cria barreiras práticas que dificultam o acesso a direitos já estabelecidos.

Fala 10: “Chamavam pelo nome civil, mesmo que fosse um ambiente de cuidado”

“A recepção, ela simplesmente olha no documento e fala o nome do documento. Então, mesmo que eu falasse alguma coisa, elas iam falar que: ‘não! Precisa do documento retificado para que a gente possa tratar dessa maneira’. É algo muito complicado que a gente tem que lidar, a gente ter que estar repetindo isso sempre, as mesmas coisas pra no final ser tratada da mesma maneira, com nada, só sendo desrespeitada e acabou-se, só ser mais um documento e acabou-se.”(ENT 15, MULHER TRANS)

O relato aponta para a persistência da transfobia no atendimento, onde profissionais ignoram ativamente os pedidos de respeito ao nome social. Esse relato aponta que essas falhas estão ocorrendo ainda que no Estado do Ceará o direito ao uso do nome social por pessoas transexuais e travestis seja assegurado pela Lei nº 16.946, de 29 de julho de 2019 (Ceará, 2019) como mencionado na fala anterior. Essa legislação garante que, em atos e procedimentos realizados tanto na administração pública direta e indireta quanto em serviços privados de ensino, saúde, previdência social e relações de consumo, seja respeitada a identidade de gênero, permitindo que o nome social seja utilizado em registros, cadastros, prontuários, formulários e documentos similares.

O relato expõe como a exigência do nome civil mesmo em situações onde o nome social deveria ser utilizado gera um ciclo de desrespeito e desgaste emocional para a pessoa trans. A necessidade de repetidamente reafirmar sua identidade é uma prática que poderia ser evitada com a correta implementação de políticas e o treinamento de profissionais.

Síntese interpretativa da subcategoria: os relatos analisados revelam que o desrespeito ao nome social e aos pronomes nas UAPS é uma prática sistemática, enraizada no habitus cisnormativo que estrutura as relações no campo da saúde (Bourdieu, 1989). Essa violência simbólica não apenas perpetua a exclusão social de pessoas trans, mas também impacta

diretamente seu bem-estar emocional, como ansiedade e constrangimento, e o acesso efetivo aos serviços de saúde.

A transfobia institucional manifesta-se tanto em atitudes individuais quanto em barreiras sistêmicas, como a falta de treinamento e de sistemas adequados para registro de nomes sociais. Exemplos como o da ENT 3, que enfrentou barreiras estruturais para registrar seu nome social, e da ENT 15, que descreve a negação ativa de sua identidade pelos profissionais, demonstram como essas práticas desumanizam os sujeitos trans e comprometem a qualidade do cuidado.

A resistência ativa demonstrada por algumas pessoas trans, como a ENT 1 e o ENT 16, reflete a luta contínua contra essas estruturas de dominação. Contudo, a superação dessas barreiras exige ações estruturais, como capacitação, revisão de processos e políticas públicas que garantam o respeito e a equidade no acesso à saúde para a população trans.

5.2.2.2 Subcategoria “*evasão dos serviços por transfobia*”

A evasão de serviços de saúde pelas pessoas trans é uma consequência direta das barreiras simbólicas e institucionais enfrentadas, associadas à transfobia presente nos ambientes de cuidado. Essas barreiras se manifestam em práticas discriminatórias, constrangimentos e ausência de preparo dos profissionais para atender às demandas dessa população. Como resultado, muitas pessoas trans evitam procurar os serviços de saúde, mesmo diante de necessidades urgentes, o que compromete o cuidado contínuo e agrava desigualdades em saúde.

As falas apresentadas a seguir refletem, de maneira profunda e singular, as experiências vividas por pessoas trans em seu contato com os serviços de saúde. Por meio de relatos detalhados, é possível observar como a violência simbólica, a negligência institucional e o despreparo profissional moldam as decisões de afastamento desses espaços. Cada depoimento carrega a força de uma vivência marcada pelo medo, pela resistência e pela luta por dignidade, e será analisado à luz dos referenciais teóricos para construir uma compreensão crítica desse fenômeno.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “A labuta de evitar o serviço mesmo com dor”

"Eu faço de tudo para não ir. Mesmo que eu esteja sentindo dor, mesmo que eu precise fazer exames, eu reluto em ir para não ter que passar por certas violências e sair de lá ainda mais fragilizada, né? Então é uma labuta, é uma dificuldade." (ENT 8, MULHER TRANS)

A fala reflete o impacto emocional das violências simbólicas e institucionais no cotidiano das pessoas trans. A dificuldade em acessar os serviços, mesmo diante de condições de saúde debilitantes, é uma estratégia de autopreservação diante de ambientes que reiteram sua exclusão.

Fala 2: “Negação do nome social como barreira ao cuidado básico”

“eu já não comparecia mais às consultas do plano, eu me privei de ir a essas consultas, exatamente porque toda vez era a mesma coisa, eles não queriam colocar meu nome social no sistema, falava que era a empresa que tinha que atualizar porque era um plano empresarial, a empresa se retirava da responsabilidade de dizer que era o plano e ficava nessa onda, um jogando para o outro, e no fim das contas só quem saía prejudicado era a gente, então eu não aguentava mais ter que ir para lá e ter que ver o nome civil que não me fazia bem, então eu resolvi deixar de ir atrás de saúde básica” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O relato, apesar de se tratar de contexto dos planos de saúde, evidencia a relação entre a falta de humanização no atendimento e a desistência de acessar cuidados básicos. A falta de adequação administrativa, como a atualização de sistemas para incluir o nome social, se torna uma barreira para que pessoas trans acessem cuidados básicos. Essa prática desrespeita a identidade do usuário, contribuindo para a exclusão institucional e rompendo o vínculo necessário para o cuidado integral.

Fala 3: “Disforia de gênero como barreira ao cuidado ginecológico”

“Consegui ter o acesso, agora referente a ginecologia eu não fui. Eu tentei marcar no passado, que foi a situação que eu te contei, por conta da cirurgia de mastectomia, porque me solicitaram a ir na ginecologia. Mas acabei não indo, cheguei a marcar consulta, mas

não fui, por questões pessoais mesmo, questão de disforia e tudo mais. Acabava não conseguindo comparecer a essas consultas” (ENT 7, HOMEM TRANS)

Aqui, o relato aborda a disforia de gênero como uma barreira pessoal, mas que está intrinsecamente conectada à falta de acolhimento nos serviços de saúde. A ausência de um ambiente seguro potencializa sentimentos de inadequação e agrava o afastamento de cuidados essenciais.

Fala 4: “A evasão por preservação da saúde mental”

“eu posso falar é que foi frustrante, e, dado momento, você não quer voltar ao serviço, né, em um dado momento, você, não é que você quer negligenciar a sua saúde, que você não quer fazer ali um check-up todo ano para saber se está tudo bem, você não vai porque você vai sair de lá mal, a questão da sua saúde mental, quando você não é bem acolhido, atendido, quando você vai ter apenas aquele olhar de discriminação, então você não vai querer voltar aquele lugar, porque você vai compreender que aquele espaço não te pertence” (ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala destaca o impacto da transfobia na saúde mental, o que intensifica a evasão dos serviços. A ausência de acolhimento contribui para a criação de ambientes hostis, que afastam os usuários e comprometem a continuidade do cuidado.

Fala 5: “Ruptura com o único posto próximo”

“Ok, e com essa experiência que eu dei um corte: ‘hum eu não vou entrar mais nesse espaço, mesmo que ainda seja um espaço totalmente necessário, porque era o único posto mais próximo da nossa casa. E sabendo que é o único espaço que a gente consegue utilizar de maneira mais rápida, de maneira mais fácil, ainda é muito desrespeitoso com a gente’.” (ENT 15, MULHER TRANS)

O relato evidencia como experiências negativas geram rupturas irreparáveis no vínculo com os serviços de saúde. Mesmo diante da necessidade de atendimento, o ambiente hostil

afasta os usuários e a ausência de preparo institucional perpetua a exclusão das pessoas trans nos espaços de cuidado.

Fala 6: “Quando só a dor extrema leva ao atendimento”

“Eu fui porque eu estava realmente com a situação de muita dor, então precisava fazer exames de imagem, da região pélvica, mas assim, o natural, você fazer esses exames cada seis meses, né? Quem tem útero, quem tem ovário, fazer uma análise e eu tava sem ir a anos e eu fui porque tipo eu tava morrendo de dor, eu preciso ir. (...) Mas aí, eu já estava a anos sem ir, uma coisa que é pra fazer de seis em seis meses, eu já estava a anos sem ir, justamente por causa desse constrangimento. Eu fui realmente porque estava nas últimas.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

A fala revela a precariedade no acesso à saúde preventiva por parte de pessoas trans. A evasão prolongada, motivada pelo constrangimento e pela transfobia, resulta na busca por serviços apenas em situações de urgência, agravando a vulnerabilidade em saúde. A qualidade do atendimento depende de um ambiente acolhedor e competente, elementos que estavam ausentes no relato.

Fala 7: “A sobrevivência marcada pela luta e pela ausência de cuidado”

“E aí a gente já vive, a gente já tem uma existência de tantas lutas permeadas por tanta luta por sobrevivência para existir, de tantas dores, de tantas violências, que às vezes a gente, a boa parte das meninas que eu conheço e eu me incluo nesse mesmo lugar de não, de preferir não ir. Então nós realmente só vamos até as instituições quando precisamos muito e sabendo que vamos passar por violência. E é um cenário muito triste, muito triste e urgente, porque é um direito nosso que está sendo negado. Um dos, um dos muitos, um direito básico.”(ENT 8, MULHER TRANS)

A narrativa reflete a resistência e a resiliência das pessoas trans diante de um cenário de exclusão e violência contínua. O relato mostra como o direito à saúde, mesmo sendo garantido, é negado na prática, resultando em uma busca limitada por cuidados apenas em casos de extrema necessidade.

Fala 8: “Intervalos longos como reflexo do afastamento”

“Porque muitas e muitos de nós podemos não deixar de procurar o serviço de saúde porque muitas vezes as demandas virão muito fortes, de modo a que a gente não tenha como não ir até a unidade de saúde pública, porém podem fazer como eu estava fazendo, de se distanciar ao máximo, de só procurar quando o problema já está grave, de procurar em intervalos muito compridos, como eu disse, eu precisei em 2017, em 2019, em 2022 e em 2023” (ENT 3, MULHER TRANS)

A relação esporádica com os serviços de saúde, descrita na fala, reflete o impacto acumulado de experiências negativas. Esse afastamento prolongado compromete o acompanhamento regular e a saúde preventiva, criando um ciclo de negligência forçada pela hostilidade percebida nos serviços.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas nesta subcategoria evidenciam como a transfobia vivenciada nas interações com os serviços de saúde opera como uma barreira simbólica, conforme discutido por Bourdieu (1994). Essa violência simbólica, frequentemente velada, cria um ambiente de exclusão que impacta negativamente a relação das pessoas trans com o sistema de saúde, levando à evasão mesmo em situações de necessidade urgente.

O medo da discriminação e as experiências reiteradas de desrespeito ao nome social, constrangimento público e falta de acolhimento são fatores que comprometem o vínculo com os serviços, conforme apontam Travassos e Castro (2012). Essa exclusão institucionalizada reforça um ciclo de afastamento, onde a busca por atendimento ocorre apenas em situações extremas, comprometendo a saúde preventiva e ampliando desigualdades estruturais.

Além disso, a ausência de sensibilidade por parte dos profissionais de saúde, aliada a um sistema que muitas vezes não está preparado para lidar com a diversidade de identidades de gênero, intensifica a sensação de inadequação e rejeição. Esse cenário também se conecta ao conceito de performatividade de gênero, descrito por Judith Butler (2015), no qual práticas discriminatórias reiteram normas cisnormativas e deslegitimam a identidade das pessoas trans, perpetuando sua exclusão nos espaços de cuidado.

Portanto, superar essas barreiras requer investimentos em capacitação profissional e mudanças estruturais que garantam ambientes acolhedores e inclusivos. A promoção de políticas públicas efetivas e a implementação de estratégias que priorizem o respeito à diversidade são essenciais para reverter o quadro de exclusão e assegurar um cuidado integral e equitativo, em consonância com os princípios do SUS.

5.2.2.3 Subcategoria “dificuldades no uso dos banheiros”

O uso de banheiros em espaços públicos ou de saúde é uma experiência cotidiana que pode se tornar extremamente desafiadora para pessoas trans. Para além das barreiras físicas, como a inadequação das instalações, a vivência da transfobia, seja de forma direta ou velada, adiciona uma dimensão de violência simbólica que restringe a autonomia e o direito ao acesso digno. Essas situações exemplificam como os corpos trans são constantemente regulados e marginalizados, mesmo em ações rotineiras, como o uso de um banheiro.

A problemática não apenas compromete a saúde física, devido à retenção prolongada de necessidades fisiológicas, mas também afeta a saúde mental, intensificando sentimentos de exclusão e vulnerabilidade. Além disso, a estrutura cisnormativa dos banheiros reforça a invisibilidade e a inadequação de espaços para atender às diversas formas de existir fora do binarismo de gênero.

No contexto jurídico e normativo, vale destacar que, embora não exista uma legislação federal específica que regule o uso de banheiros pela população trans, o Supremo Tribunal Federal (STF), em decisões recentes, reafirmou o direito dessas pessoas utilizarem banheiros conforme sua identidade de gênero, fundamentando-se nos princípios constitucionais de dignidade da pessoa humana e não discriminação. Normas como o decreto nº 8.727/2016 (Brasil, 2016), que regulamenta o reconhecimento da identidade de gênero na administração pública federal, e legislações estaduais e municipais, como a de São Paulo e Rio de Janeiro, asseguram direitos semelhantes. Tais avanços jurídicos evidenciam a necessidade de adaptação dos espaços públicos e de saúde, promovendo a inclusão e o respeito às identidades trans.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Dificuldades generalizadas nos espaços de trabalho e saúde”

“Sobre os banheiros, ainda sentimos dificuldade para usar, pois ainda não há respeito com a nossa identidade de gênero” Você sente isso nos espaços de saúde tanto quanto nos outros espaços? “Em todos os espaços” Já ocorreu alguma transfobia com você por conta disso? “Comigo sim, várias” Você evita de tomar água pra não ir a banheiros? “Muitas vezes, inclusive no trabalho infelizmente” (ENT 1, MULHER TRANS)

A fala evidencia a abrangência do problema, indicando que a dificuldade em acessar banheiros é comum em diferentes espaços, incluindo o trabalho e os serviços de saúde. A vivência recorrente de transfobia e a necessidade de evitar consumir líquidos para não utilizar banheiros reforçam a dimensão institucional do problema. Essa fala destaca a urgência de iniciativas inclusivas em múltiplos contextos.

Fala 2: “Autocontrole extremo para evitar os banheiros”

“eu evito ir ao banheiro quando eu estou fora de casa, sobretudo em hospital, justamente pra evitar a transfobia etc., a gente acaba se privando do básico então nunca aconteceu porque eu não uso.” Eu já ouvi relatos de pessoas trans que evitam até beber água pra evitar ir ao banheiro, isso já aconteceu contigo? “Justamente, eu também evito, tô tendo que beber mais água ultimamente, justamente porque parei com esse hábito, enquanto se eu tiver o dia todo fora eu bebo pouca água justamente pra não ir ao banheiro, pra evitar pelo menos né, é uma triste realidade”. (ENT 8, MULHER TRANS)

A participante aborda a prática de evitar banheiros como uma estratégia preventiva contra a transfobia. A fala revela o impacto desse comportamento na saúde física, além da privação de algo tão básico como a hidratação. Embora a participante mencione esforços recentes para superar essa prática, o relato reflete como a violência simbólica molda hábitos e limita a autonomia corporal.

Fala 3: “O medo constante de violência nos banheiros públicos”

“em relação aos homens trans... sim... há uma evidência maior de uma... de sofrer uma violência... a partir da pessoa cis... do homem cis... contra o homem trans... que imagina... está entrando lá um corpo... uma corpa... enfim... está entrando ali um corpo... um homem trans... no banheiro masculino... e sim... a gente sempre tem o medo... de estar entrando em determinados banheiros públicos... com medo de sofrer essa violência... de sofrer um assédio... ou mesmo um estupro... que é comum... que homens trans... passem por isso.”(ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante aponta para o constante medo de violência física ou sexual ao acessar banheiros públicos. A percepção de que homens trans são mais vulneráveis a assédios ou estupros reforça como os banheiros deixam de ser espaços funcionais para se tornarem locais de risco. Esse relato destaca a intersecção entre a violência simbólica e a violência direta, perpetuada por normas cisnormativas e práticas transfóbicas.

Fala 4: “A invisibilidade de homens trans nos banheiros públicos”

“eu fico incomodado bastante quando você entra no banheiro público masculino... e você encontra apenas mictórios e um espaço fechado com o bidet... então... você que não contempla essas várias formas de ser homem... de estar sendo homem nesse mundo... ter só mictórios... dez mictórios e um vaso ali... fechado... não contempla nós homens trans...”(ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala aponta a inadequação estrutural dos banheiros masculinos para homens trans, onde a prevalência de mictórios desconsidera diferentes formas de ser e existir. Esse relato questiona a cisnormatividade das construções arquitetônicas e como elas invisibilizam experiências trans, reforçando a exclusão simbólica.

Fala 5: “Impactos históricos e a saúde da população trans”

“na década de 90 anos 2000 tem uma pesquisa que fala sobre o grande aumento de infecção urinária da população T, porque ela é barrada de usar banheiros em espaço público, então você passar 8, às vezes 20 horas, que muitas das meninas passam nessa jornada louca de

trabalho, sem usar os banheiros, sem fazer suas necessidades fisiológicas” (ENT 2, MULHER TRANS)

O relato contextualiza historicamente os impactos da falta de acesso a banheiros para a população trans, como o aumento de infecções urinárias. A fala reforça que essa problemática é antiga e estrutural, e reflete como as políticas de saúde pública continuam falhando em atender às necessidades específicas dessa população.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas demonstram que a dificuldade no uso de banheiros transcende o espaço físico, incorporando dimensões simbólicas, culturais e institucionais. Essa problemática pode ser entendida à luz do conceito de violência simbólica de Pierre Bourdieu (1996), uma vez que as práticas transfóbicas, tanto explícitas quanto implícitas, naturalizam e reproduzem exclusões sociais nos espaços de saúde. A inadequação estrutural dos banheiros e a negligência em respeitar a identidade de gênero dos usuários reforçam as barreiras organizacionais descritas por Travassos e Castro (2012), dificultando a equidade no acesso.

A privação de necessidades básicas, como o uso de banheiros, reflete um sistema que negligencia o cuidado integral ao não proporcionar um ambiente acolhedor e que respeite as subjetividades dos usuários. Judith Butler (2003), com sua análise sobre performatividade de gênero, ajuda a compreender como a cisnormatividade opera nesses espaços, impondo normas de conduta baseadas em corpos e identidades cisgêneros. Essa imposição se manifesta tanto no controle dos comportamentos quanto na violência discursiva, que marginaliza e expõe pessoas trans a riscos emocionais e físicos.

A fala da ENT 2 sobre o aumento de infecções urinárias na população trans exemplifica as consequências materiais dessas exclusões simbólicas, reafirmando os alertas de sobre as barreiras institucionais no SUS, que afetam diretamente a saúde dessa população. Por fim, a ausência de adequações estruturais, como a predominância de mictórios em banheiros masculinos, reflete o apagamento das diversidades de gênero e a perpetuação de uma normatividade binária.

Esses relatos evidenciam a necessidade de ações concretas para a criação de ambientes inclusivos e seguros, como a reformulação de estruturas físicas e a implementação de políticas públicas que garantam o direito ao uso de banheiros, reconhecendo a diversidade de identidades de gênero e promovendo o acolhimento nos serviços de saúde.

Aqui abro espaço para discutir um pouco o processo de construção dessa subcategoria. Durante a 17ª entrevista com uma participante trans, um insight inesperado emergiu quando decidi perguntar sobre o uso de banheiros nos espaços de saúde. A participante relatou evitar utilizar banheiros públicos nesses locais por medo de vivenciar situações de transfobia. Para prevenir tais episódios, ela bebia pouca água fora de casa e, em algumas ocasiões, permanecia longos períodos segurando a urina, o que gerava impactos diretos em sua saúde física e emocional. Este relato, inicialmente surpreendente, chamou minha atenção pela profundidade de sua implicação e pela gravidade de suas consequências.

Diante da relevância do tema, optei por retornar às entrevistas anteriores realizadas com pessoas trans, questionando especificamente sobre o uso de banheiros nos espaços de saúde. Essa abordagem revelou uma série de relatos que corroboravam a experiência inicial. No entanto, percebi que essa problemática não havia emergido espontaneamente durante as entrevistas. A ausência desse tema nas falas iniciais me levou a uma reflexão sobre como essa violência pode estar tão naturalizada que os participantes não a percebem como prioritária para ser compartilhada em um espaço de pesquisa.

Essa percepção pode ser interpretada à luz do conceito de “violências silenciosas” (Bourdieu, 1996), que discute formas de violência simbólica que operam de maneira sutil e são frequentemente internalizadas pelas pessoas. Nesse caso, o silêncio em torno do tema reflete a resignação dos participantes diante de uma violação cotidiana que, embora dolorosa, se torna secundária frente a outras agressões mais evidentes e graves. Esse processo de hierarquização das violências vividas evidencia como certas opressões são invisibilizadas, mesmo em contextos de busca por acolhimento e escuta.

O impacto dessa violência silenciosa vai além da privação imediata de um direito básico, como o acesso a um banheiro seguro. Ele reflete as barreiras simbólicas que restringem o acesso à saúde de forma integral, destacando a importância de trazer à tona questões que não emergem naturalmente no discurso dos participantes, mas que são centrais para compreender a totalidade de suas vivências.

5.2.2.4 Subcategoria “saga para encontrar profissionais da saúde”

A busca por profissionais de saúde qualificados e acessíveis é uma experiência marcada por desafios significativos para pessoas trans. Esses desafios vão desde a dificuldade de encontrar profissionais dispostos a atender às demandas específicas dessa população até a

ausência de uma rede pública estruturada e acolhedora. A insuficiência de equipes multiprofissionais preparadas reflete as barreiras institucionais descritas por Travassos e Castro (2012), perpetuando um ciclo de exclusão e negligência no atendimento.

A busca por atendimento adequado, narrada nas falas a seguir, destaca a falta de infraestrutura do sistema público de saúde, a dependência de redes informais e a necessidade de deslocamento constante em busca de profissionais capacitados. Essas vivências reafirmam a negligência do Estado e a violência simbólica naturalizada nas práticas de exclusão, como discutido por Bourdieu (1996).

Fala 1: “A luta por uma aplicação digna”

“Antes do posto ser reinaugurado, eu fazia as aplicações nos ambulatórios de farmácias particulares e eu já tive que passar por várias e várias delas em que tivessem farmacêuticos disponíveis a realizar a aplicação (...). Cada mês era uma luta para achar uma pessoa que tivesse disposta a aplicar, fazer a aplicação de forma boa, que não doesse, ou que fosse realmente eficaz o tipo de aplicação.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

O participante relata uma jornada contínua em busca de profissionais dispostos e capacitados para realizar um procedimento básico, como a aplicação de hormônios. Essa luta reflete a negligência do sistema público de saúde em garantir suporte adequado, forçando os usuários a dependerem de serviços privados, muitas vezes despreparados.

Fala 2: “Uma peregrinação entre especialistas”

“Então, passei por vários médicos mesmo no plano de saúde. Acho que eu cheguei a ir a uns 10 endocrinologistas para atender minha demanda, não só endocrinologistas, psicólogo, psiquiatra. Acho que psicólogo foi a única especialidade que eu fui em vários e eu nunca encontrei um para me atender.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O relato ilustra a dificuldade enfrentada na busca por profissionais capacitados para atender às demandas específicas da população trans. A experiência de peregrinar entre diferentes especialistas reflete não apenas a escassez de profissionais preparados, mas também o impacto emocional de enfrentar constantes negativas ou atendimentos inadequados.

Fala 3: “Anos de luta por um atendimento qualificado”

“Eu faço o atendimento no sistema particular com a endócrino (...). Eu passei por muitos outros profissionais até chegar nela, então eu já fui quatro anos tentando procurar um profissional que me desse a receita, que fizesse os exames, que autorizasse aí eu começar o meu tratamento (...).” (ENT 18, HOMEM TRANS)

O relato descreve um percurso de quatro anos em busca de um atendimento que atendesse suas necessidades de saúde de forma adequada. Essa demora reflete a ausência de um sistema público estruturado para atender à população trans e a dependência de redes informais para encontrar profissionais qualificados. O relato ilustra as barreiras institucionais e destaca como a falta de políticas públicas eficazes compromete o acesso e a continuidade do cuidado.

Fala 4: “A urgência negligenciada pela rede pública”

“Eu acho que a própria experiência de não conseguir acompanhamento de uma forma mais objetiva, é, urgente, né? Porque quando a pessoa trans procura acompanhamento na rede pública, é com urgência. E apenas a pouquíssimo tempo, através de movimentos sociais e através de outras redes, né? Que não o Estado em si, que não proveniente do Estado em si, eu tô conseguindo fazer um acompanhamento. E eu observo isso entre minhas irmãs e irmãos também, né? Essa dificuldade de ter acompanhamento, a dificuldade de ter acesso a uma equipe multi profissional, de endócrino, ginecologista, psicólogo, psiquiatra, que é o necessário para o acompanhamento de uma pessoa trans. Apesar de existir, a demanda é muito maior do que as poucas ações que existem, né? Para tentar, enfim, equiparar e abraçar esse público é mínima. Então, os esforços ainda são mínimos e a urgência é gigantesca.”
(ENT 8, MULHER TRANS)

A participante aponta para a insuficiência das ações do sistema público de saúde, ressaltando como as demandas urgentes da população trans são negligenciadas. A falta de equipes multiprofissionais preparadas reflete o descaso com a equidade e a integralidade do

cuidado. Esse relato evidencia como as barreiras institucionais e a cisnormatividade estruturam a exclusão da população trans no acesso à saúde.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas refletem a longa e exaustiva jornada enfrentada por pessoas trans na busca por profissionais de saúde qualificados, especialmente em contextos públicos e privados. Essa saga é marcada por barreiras simbólicas (Travassos; Castro, 2012), negligência institucional e práticas cisnormativas que invisibilizam as necessidades dessa população (Butler, 2015). A ausência de equipes multiprofissionais preparadas e de políticas públicas eficazes perpetua a violência simbólica (Bourdieu, 1996) e compromete o direito ao cuidado integral.

Os relatos também demonstram a resiliência e a busca por redes informais como alternativa à negligência estatal, reforçando a importância de movimentos sociais na garantia de direitos. A construção de um sistema de saúde inclusivo exige a ampliação de equipes capacitadas e o fortalecimento de políticas públicas que promovam acolhimento, acessibilidade e respeito à diversidade de gênero.

Conclusão da Categoria

A análise das subcategorias revela um panorama de exclusão e violência estrutural enfrentado por pessoas trans nos serviços de saúde. Esses episódios de transfobia, explícitos ou velados, ilustram como a cisnormatividade está enraizada nas práticas institucionais, dificultando o acesso, a permanência e a confiança dessa população no sistema de saúde.

Desde o desrespeito ao nome social e à identidade de gênero, passando pela inadequação das instalações básicas, como banheiros, até a busca exaustiva por profissionais capacitados, a transfobia nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) reflete uma violência simbólica (Bourdieu, 1996) que naturaliza práticas discriminatórias e reproduz desigualdades. Essa violência não é apenas fruto de ações individuais, mas também de barreiras institucionais e simbólicas (Travassos; Castro, 2012), que operam de forma silenciosa e sistêmica.

As falas analisadas demonstram que, para pessoas trans, acessar o cuidado em saúde significa enfrentar um sistema que, em grande parte, não foi pensado para acolhê-las. A negligência em adaptar práticas e estruturas às necessidades dessa população perpetua a

exclusão, muitas vezes forçando-as a adotar estratégias como a automedicação ou a evasão dos serviços.

Por outro lado, os relatos também evidenciam a resiliência e as estratégias de enfrentamento da população trans, como a criação de redes informais de apoio e a busca por profissionais humanizados. Essas práticas indicam caminhos possíveis para melhorar o acesso, incluindo a formação contínua de profissionais de saúde, a adaptação de estruturas e processos institucionais, e o fortalecimento de políticas públicas que garantam equidade e acolhimento.

Assim, a categoria Transfobia nas UAPS não apenas denuncia as violações vividas por pessoas trans, mas também aponta a necessidade urgente de ações concretas para transformar esses espaços em ambientes de cuidado inclusivo e respeitoso, promovendo a saúde como um direito universal.

5.2.3 Categoria “falta de preparo dos profissionais”

A falta de preparo dos profissionais de saúde para atender a população LGBTQIA+, especialmente pessoas trans, é um dos maiores desafios enfrentados por essa população ao acessar o sistema de saúde. Essa insuficiência está presente em múltiplas dimensões, como a ausência de capacitação, a desinformação sobre demandas específicas e o preconceito que atravessa as relações de cuidado.

Essa problemática está diretamente relacionada à violência simbólica (Bourdieu, 1996), que opera por meio da invisibilização e deslegitimação das necessidades dessa população. As grades curriculares de cursos da área da saúde também reproduzem essas exclusões, como apontado por algumas falas, ao negligenciar disciplinas que abordem a saúde LGBTQIA+. Isso reforça as barreiras organizacionais descritas por Travassos e Castro (2012), perpetuando práticas excludentes no cuidado. A seguir, as falas selecionadas ilustram esses aspectos e seus impactos na experiência de usuários LGBTQIA+ no SUS e em serviços privados.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Despreparo e o enfrentamento com legislações”

“Quando eu vou até me sentar com um médico, com uma médica e eles não compreenderem o que eu estava falando e eu pegar ter que puxar a legislação e num sei o que...” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O relato evidencia a necessidade de pacientes trans educarem profissionais de saúde sobre direitos e legislações. Essa inversão de papéis reflete não apenas o despreparo técnico, mas também a negligência em buscar conhecimento. Essa postura reativa dos profissionais contribui para a perpetuação da exclusão e do desconforto no atendimento.

Fala 2: “Recusa no atendimento por falta de capacitação”

“Já aconteceu nessa rede privada de funcionários endócrinos não atenderem pessoas trans porque não têm capacitação para lidar com pessoas trans. Como psicólogos, já aconteceu também. Então, não é incomum. Pelo contrário, acontece com frequência.” (ENT 8, MULHER TRANS)

A participante destaca a recusa frequente de profissionais em atender pessoas trans, justificada pela falta de capacitação. Essa barreira cria um ciclo de exclusão que contraria os princípios da universalidade e equidade do SUS, comprometendo o acesso a cuidados essenciais.

Fala 3: “Invisibilidade nas grades curriculares”

“sobre a dificuldade de médicos, enfermeiros, enfermeiras, médicas, enfim, dos trabalhadores da saúde, é uma questão também de a gente lembrar que lá na universidade eles não têm essa cadeira. Possa ser que... vem se avançando pesquisas, diálogos sobre as pessoas trans, e possa ser que a gente tenha lá, bem próximo, que tenhamos uma cadeira ali onde o estudante de Medicina, de Enfermagem, da Odontologia, vai compreender que existem pessoas trans, e que elas merecem serem acolhidas de forma humanizada. Então, o problema começa que não tem cadeira nos cursos de graduação, nas residências”(ENT 17, HOMEM TRANS)

O relato denuncia a ausência de disciplinas sobre saúde LGBTQIA+ nas grades curriculares de cursos da área da saúde. Essa lacuna acadêmica compromete a formação dos futuros profissionais, perpetuando práticas cisnormativas e estigmatizantes no atendimento.

Fala 4: “A exclusão simbólica na saúde coletiva”

“isso se soma também à medicina em si, né, aos próprios cursos de medicina, de enfermagem, que em sua grade por muitas vezes não tem esse atravessamento da sociologia, não tem esse atravessamento das questões sociais, né, das lutas dos movimentos sociais, de como é importante entender os usuários que estão atendendo, então é esse ambiente estrutural que se somatiza, somatiza um ao outro e gera um acúmulo de exclusão mesmo, exclusão de invisibilização aos corpos-existência de pessoas LGBTQIA+, sobretudo corpos de pessoas trans, travestis, transsexuais, que são mais vulnerabilizados, né?” (ENT 8, MULHER TRANS)

A participante reforça como a ausência de abordagens interseccionais nos cursos da área da saúde contribui para a exclusão simbólica de corpos LGBTQIA+. Esse despreparo acadêmico cria barreiras que limitam o acolhimento e a integralidade no cuidado.

Fala 5: “A resistência à mudança nas capacitações”

“Então, as capacitações que têm, que o sistema fornece, é muito pouco. Por quê? Primeiro, porque quem trabalha nesses postos são pessoas que, primeiro, têm mais de 18 anos. Elas já têm por si, digamos, uma boa parte do seu pensamento cristalizado, já endurecido. Elas se acham isso e é assim que eu sou. Então, elas não dão atenção ao que elas deveriam dar, a sua própria modificação (...) Então, por isso que fica uma capacitação por ano é pouco.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

A participante critica a falta de frequência e profundidade nas capacitações oferecidas aos profissionais de saúde. Ela aponta que a resistência pessoal e institucional às mudanças dificulta a implementação de práticas mais inclusivas.

Fala 6: “O mito da transmissão e o impacto na prevenção”

“Eu adoro fazer testagem rápida e aí, no caso, eu solicitei pra fazer e aí me foi perguntado minha orientação sexual. E meio que veio aquela história de que não precisa, de que não tem risco de transmissão entre mulheres, sendo que a gente sabe que não é nulo, né?” (...) E você acha que faz com que as pessoas se afastem desses exames, esse tipo de fala? “Faz com que muitas vezes a gente nem entenda a importância da testagem. A gente realmente acha que só, perpetua na verdade o mito de que só penetração faz com que transmita IST. E não é, a gente sabe que não é, os níveis são baixos, mas não são zero, então nada é nulo, não é impossível.”

(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

O relato evidencia como a desinformação de profissionais sobre a transmissão de ISTs perpetua mitos e reforça práticas excludentes. Isso desestimula o acesso à testagem, comprometendo ações de prevenção e saúde pública.

Fala 7: “A falta de interesse dos profissionais”

“Porque os profissionais de saúde não se interessam. Mas a gente volta pra aquele tópico do que o que não lhe afeta não lhe incomoda. Então se não lhe incomoda você não vai ter autonomia de ir atrás, sabe?” (ENT 9, HOMEM GAY)

O discurso aponta que o desinteresse dos profissionais em aprender sobre saúde LGBTQIA+ é uma manifestação de preconceito e negligência. Essa postura reforça as barreiras simbólicas, ao ignorar necessidades específicas dessa população.

Fala 8: “A dependência de formação autodidata”

“a deficiência no serviço público ainda é muito grande, e a gente percebe que muitas e muitos profissionais que nos atendem com a empatia e a excelência que o serviço público defende é mais por uma vontade individual, uma capacitação individual autodidata, a pessoa busca uma auto formação nessa questão da saúde LGBT+, porque não recebe da gestão, ou isso é uma falha que precisa ser apontada, inclusive neste trabalho, nesta pesquisa.” (ENT 3, MULHER TRANS)

A participante evidencia a falta de suporte institucional para capacitar profissionais de saúde, deixando a responsabilidade pela formação inclusiva para a iniciativa individual. Essa lacuna compromete a padronização do cuidado e perpetua desigualdades no atendimento.

Fala 9: “O despreparo nos fluxos de referência”

“E aí a gente vai para a questão que eu me recordo aqui, de quando eu busquei... porque assim, hoje nós temos o SERTRANS, né? que é um espaço onde deve ser referência para o atendimento em saúde da população trans, então assim quando eu procurei a unidade básica de saúde, o que eu coloquei, olha, porque é a porta de entrada para o SERTRANS, é o posto de saúde, então quando eu fui lá, que eu fiz lá, marquei, quando eu fui falar com o médico, eu disse, olha, eu preciso ser atendido, acompanhado, pelo ser trans, um ambulatório de referência aí na saúde de pessoas trans, e o médico não sabia o que era, e ele existe, isso aqui assim existe!” (ENT 17, HOMEM TRANS)

A falta de conhecimento sobre fluxos de referência, como o SERTRANS, reflete o despreparo generalizado dos profissionais e a desarticulação entre serviços. Esse cenário dificulta o acesso e a continuidade do cuidado para pessoas trans.

Fala 10: “Desinformação e violência institucional”

“Há uma desinformação, sabe? Como um todo, há um desencontro, né? Das instituições, da medicina em si, dos profissionais (...). É muito complexo, uma violência que acontece através de muitas ramificações.” (ENT 8, MULHER TRANS)

A fala descreve a violência institucional como um fenômeno multifacetado, resultante da desinformação e do despreparo dos profissionais de saúde. Essa desarticulação prejudica o acesso e expõe os usuários LGBTQIA+ a barreiras estruturais e simbólicas.

Fala 11: “Senso comum e a superficialidade das capacitações”

“eu acho que infelizmente ainda falta muitas capacitações, muito conhecimento para os profissionais de saúde, sabe? A gente percebe que o perfil do profissional da saúde, né? Ele

tem mudado bastante e isso é positivo porque as pessoas que têm se formado ultimamente, que têm estado presentes nos ambientes de saúde, elas já têm outro pensamento. São pessoas mais jovens, né? Mas que infelizmente elas vivem do senso comum, entendeu? Dentro da graduação eles não têm uma disciplina específica pra falar sobre a saúde da população LGBT. E se tem, e no máximo a professora: 'ai faça um curso online sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde LGBT'. Sendo que ele faz, a pessoa faz, mas a pessoa faz mais, sei lá, por uma curiosidade ou por um certificado. Não é algo que é divulgado ou feito de uma forma que mostre assim, olha, é importante você saber disso, é necessário você saber disso, é necessário você...É necessário você ir pra além do estereótipo da pessoa LGBT, sabe? Pra além da IST, pra além da problemática da população ser vista como alguém promíscuo”(ENT 9, HOMEM GAY)

Essa fala evidencia o contraste entre as mudanças no perfil dos novos profissionais, que chegam com perspectivas mais abertas, e a persistência de limitações na formação acadêmica. A superficialidade das capacitações sobre saúde LGBTQIA+, quando abordadas, demonstra o descaso institucional com o tema, ao reduzi-lo a ações pontuais e descontextualizadas. O relato também alerta para o perigo do senso comum, que reforça estereótipos, como a associação da população LGBTQIA+ exclusivamente à promiscuidade e ISTs, em vez de promover uma visão integral e equitativa do cuidado.

Conclusão da categoria

As falas analisadas destacam como a falta de preparo dos profissionais de saúde é uma barreira sistêmica que impacta negativamente a população LGBTQIA+. A ausência de disciplinas específicas nas grades curriculares e a insuficiência das capacitações oferecidas refletem a perpetuação de um sistema cisnormativo, que invisibiliza corpos LGBTQIA+, especialmente pessoas trans.

Essas práticas são manifestações de violência simbólica (Bourdieu, 1996) e de barreiras organizacionais (Travassos; Castro, 2012), reproduzidas tanto por desinformação quanto por negligência. A dependência de formação autodidata e a desarticulação dos fluxos de referência comprometem o princípio da equidade do SUS. A precarização do trabalho e a resistência de profissionais em desconstruir preconceitos individuais agravam ainda mais esse

cenário, tornando a busca por um atendimento inclusivo uma jornada desgastante e frustrante para os usuários LGBTQIA+.

Uma fala importante ressalta que, apesar de mudanças no perfil das novas gerações de profissionais, muitos ainda reproduzem o senso comum, com base em estereótipos que reforçam a exclusão e a visão de pessoas LGBTQIA+ como associadas exclusivamente à promiscuidade ou ISTs. A superficialidade das formações sobre a PNSI LGBT, muitas vezes limitadas a cursos online ou palestras, também ilustra a falta de comprometimento das instituições em promover um aprendizado aprofundado e transformador.

Os relatos também sugerem que a resolução dessas lacunas exige um esforço coletivo, envolvendo mudanças estruturais na formação acadêmica, ampliação de treinamentos contínuos e estratégias institucionais que promovam a valorização das questões LGBTQIA+ nos serviços de saúde. Além disso, é necessário que gestores e políticas públicas incentivem a criação de espaços de aprendizado e reflexão, para que os profissionais desenvolvam sensibilidade e competência no atendimento à diversidade, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e inclusivo.

5.2.4 Categoria “Vou à UAPS mesmo com LGBTfobia”

A presença contínua da LGBTfobia nos serviços de saúde, embora gere desconforto e violências simbólicas, não impede que muitas pessoas LGBTQIA+ retornem às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A decisão de continuar utilizando esses serviços reflete a necessidade de cuidados básicos, mas também aponta para a resiliência e as estratégias de enfrentamento adotadas por essa população.

Para além da necessidade de cuidados, a insistência em frequentar esses espaços demonstra uma resistência ativa frente à exclusão. Essa resistência pode ser interpretada à luz do conceito de violência simbólica de Bourdieu (1996), que opera por meio da naturalização de práticas discriminatórias, mas que é enfrentada por essas pessoas ao reivindicarem seu direito à saúde. Além disso, a persistência em retornar a esses serviços, mesmo diante de adversidades, traz uma busca não apenas de atendimento técnico, mas também de reconhecimento de direitos.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “A resiliência como ferramenta de sobrevivência”

“Era necessário. Mesmo passando pelas situações de transfobia, a gente precisa estar nas unidades de saúde para se cuidar, fazer exames, buscar remédios, marcar consultas...Então meio que eu insisti em ir, pela necessidade de ir” (ENT 15, MULHER TRANS)

A fala destaca a urgência de acessar serviços de saúde, mesmo diante de episódios de transfobia. Essa fala revela a necessidade como principal motivador para enfrentar as barreiras simbólicas e institucionais, reforçando a ideia de que, muitas vezes, o direito à saúde não é exercido plenamente, mas sim conquistado com insistência e resistência.

Fala 2: “Insistir como forma de lutar por equidade”

“Eu quero dizer que a saúde do SUS diz que ela serve para mim e para o Tasso Jereissati, por exemplo, então, tem que servir? De fato! Tem que servir enquanto eu sou um homem trans, ele um homem branco, rico, cis, hétero, tá entendendo (...) e eu sou um homem pardo, eu sou um homem trans, pobre, então, assim, é a gente dar essa equidade aí, e pensar como é que o SUS possa ser fortalecido cada vez mais, também, que a gente possa garantir a nossa, não basta só existir, né? Tem que viver! Viver com qualidade, viver bem, e isso perpassa, obviamente, o serviço de saúde, né, perpassa por essa questão de você ter esses cuidados, né, então, a gente tem que insistir sempre, insistir, insistir, insistir.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante reforça o princípio da equidade do SUS, destacando que a insistência em buscar atendimento não é apenas por sobrevivência, mas também uma forma de reivindicar direitos. Essa fala ilustra como a resistência cotidiana frente à LGBTfobia é também um ato político, que busca transformar os espaços de saúde.

Fala 3: “Entre a militância e a luta por direitos”

Você tem receio de voltar para o posto de saúde por conta do desrespeito ao nome social? Você acha que isso chega a ser impeditivo para você? “Olha, para mim não chega a ser impeditivo, mas porque eu tenho uma consciência militante e eu não sei como é que você vai

considerar essa informação que eu te dou, né? Porque como eu enquanto militante preciso saber se a lei está sendo concluída, eu preciso chamar atenção, fazer observação aos profissionais que estão me atendendo até para evitar que outras pessoas sejam atendidas da mesma forma desrespeitosa caso eu tenha sido atendida de forma desrespeitosa, então para mim enquanto militante é importante buscar o serviço de saúde mesmo não tendo sido retificada e mesmo sabendo que eu posso passar pelo não uso ou pelo mal uso do nome social, então não é impeditivo para mim” (ENT 3, MULHER TRANS)

A participante aborda a importância da militância como motivador para continuar frequentando os serviços de saúde. Essa postura transcende a busca individual por cuidado, refletindo um compromisso coletivo de garantir que o sistema de saúde respeite e acolha a diversidade de gênero.

Fala 4: “Persistir, apesar do desconforto”

Não chega a ser um impedimento para você ir para esses espaços né? “Não, não é impedimento, mas é incômodo. A gente vai porque, enfim, é o que eu sou e pra mim não me interessa o que as pessoas pensam mas chega uma hora que é um pouco chato” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

A fala expressa o incômodo constante causado pelas atitudes preconceituosas nos serviços de saúde, mas enfatiza sua determinação em continuar buscando atendimento. Essa fala reflete a resistência emocional necessária para enfrentar ambientes hostis, muitas vezes ignorando o julgamento alheio.

Fala 5: “Insistir pelo direito de viver”

“Se eles insistem em nos matar, a gente tem que insistir em viver (...). Estar vivo é continuar buscando pelo direito, pelo direito, porra!” (ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala associa a busca pelo atendimento em saúde à luta pela sobrevivência e liberdade. Sua fala destaca como a resistência vai além do acesso à saúde, tornando-se uma luta existencial e simbólica contra a opressão sistêmica enfrentada por pessoas LGBTQIA+.

Fala 6: “A saúde como necessidade vital”

“A gente adoce, né? Tipo, normal, assim (...). Então, a gente vai quando realmente tem uma necessidade. Porque é o jeito, né?” (ENT 5, MULHER LÉSBICA)

A participante reflete sobre a inevitabilidade de buscar serviços de saúde, mesmo em meio a condições adversas. Sua fala evidencia como a necessidade básica de cuidados de saúde muitas vezes sobrepõe o desconforto causado pela LGBTfobia, ainda que essa escolha seja feita com resignação.

Conclusão da categoria

A categoria evidencia a complexidade da experiência de pessoas LGBTQIA+ ao acessarem os serviços de saúde. Embora a LGBTfobia nos serviços de saúde seja um fator de exclusão, as falas revelam uma postura resiliente, marcada por estratégias de enfrentamento e pela insistência em exercer o direito à saúde. Essa persistência, muitas vezes motivada pela necessidade básica de cuidado, também se configura como uma resistência simbólica, reafirmando o direito de existir e ser cuidado em espaços que frequentemente invisibilizam essa população.

A luta pelo acesso pleno à saúde reflete a precariedade das práticas institucionais e a necessidade de transformações estruturais. As falas podem ser compreendidas a partir do conceito de violência simbólica de Bourdieu (1996), que ajuda a entender como práticas transfóbicas e cisnormativas são naturalizadas nos serviços de saúde, mas também como elas são enfrentadas por sujeitos que desafiam essas estruturas. Além disso, a insistência em acessar os serviços não é apenas uma busca por tratamentos médicos, mas também por um espaço de busca por acolhimento e reconhecimento, em que os direitos sejam efetivados.

Essa análise aponta para a necessidade de práticas de saúde que transcendam o atendimento técnico, reconhecendo as subjetividades dos usuários e promovendo a equidade, conforme defendido por Travassos e Castro (2012). As mudanças estruturais e simbólicas são caminhos possíveis para transformar esses espaços em locais de acolhimento e inclusão.

5.2.5. Categoria “Melhoras percebidas e experiências positivas”

Ao longo dos anos, algumas experiências positivas e melhorias significativas foram relatadas por pessoas LGBTQIA+ ao acessarem os serviços de saúde nas UAPS de Fortaleza-CE. Embora a discriminação ainda seja uma realidade, as falas indicam avanços graduais, especialmente em relação ao respeito pelo nome social, à capacitação de profissionais em determinados contextos e à ampliação do acesso aos serviços. Esses avanços estão associados tanto a mudanças institucionais quanto à luta dos movimentos sociais.

Essas melhorias podem ser analisadas à luz do conceito de aceitabilidade no acesso à saúde, discutido por Travassos e Castro (2012), que enfatiza a importância de serviços culturalmente adequados e respeitosos às subjetividades dos usuários. Para esses autores, o acolhimento é um elemento central da aceitabilidade, pois está diretamente relacionado à percepção do usuário sobre a adequação dos serviços às suas expectativas, valores e necessidades. Assim, práticas que promovem inclusão e respeito contribuem para superar barreiras simbólicas, criando um ambiente que não apenas facilita o acesso, mas também reforça o vínculo de confiança entre usuários e profissionais. Além disso, a violência simbólica de Bourdieu (1996), que opera pela exclusão e naturalização de desigualdades, é parcialmente enfrentada nesses relatos por meio de práticas que buscam inclusão e respeito.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Pequenas vitórias no atendimento público”

“O meu depoimento posso considerar positivo, por estar havendo uma melhora gradativa nas minhas experiências quando eu busco os serviços públicos de saúde.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

O participante aponta uma evolução gradual no atendimento público, destacando que, apesar de ainda haver desafios, ele percebe melhorias em sua experiência. Isso sugere um avanço nas práticas de acolhimento, indicando que mudanças institucionais estão sendo implementadas, ainda que de forma lenta.

Fala 2: “Avanços no respeito ao nome social”

“Como na vacinação do Covid, que também houve essa questão do nome social (...), das primeiras vezes fui mal atendida, mas das outras já houve uma modificação.” (ENT 8, MULHER TRANS)

A participante observa mudanças concretas na atitude dos profissionais em relação ao uso do nome social. Isso reflete o impacto positivo de políticas públicas e capacitações que buscam garantir o respeito às identidades de gênero, promovendo um ambiente mais acolhedor.

Fala 3: “A conquista da retificação de nome”

“É uma lei 16.946 de 29 de junho de 2019 de autoria do deputado Renato Roseno, então eu lembro que depois dessa lei veio com força a questão de atualizar os sistemas públicos para ter a garantia do nome social. Então de lá para cá de 2019 para cá eu não escutei mais relatos de pessoas dizerem que não conseguem, que são desrespeitadas através do nome social nos serviços de saúde. E também uma coisa que eu acho que ajudou bastante foram os trâmites de facilidade para a retificação de nome e gênero na certidão de nascimento. Como desde, eu acho que desde 2021 esse procedimento foi simplificado então dezenas de pessoas trans já modificaram o seu nome legalmente e já mudaram os seus documentos legalmente” (ENT 3, MULHER TRANS)

A fala destaca a importância da retificação de nome como um marco de inclusão. Essa mudança reflete como políticas públicas específicas podem impactar positivamente a experiência de usuários LGBTQIA+, especialmente em sistemas de saúde que enfrentam desafios estruturais e destaca o papel da legislação na melhoria do atendimento, especialmente em relação à retificação de nome social.

Fala 4: “Um ambiente acolhedor faz diferença”

“eu passei a frequentar mais atualmente, já depois de ter começado a minha transição, e eu faço as minhas aplicações da testosterona de 21 a 21 dias lá nesse posto aqui, e me sinto

totalmente acolhido, não tenho nenhum tipo de questionamento, nenhum tipo de coisa que possa me barrar de frequentar” (ENT 18, HOMEM TRANS)

O participante descreve uma experiência de acolhimento em sua UAPS, enfatizando a ausência de barreiras e o respeito por sua identidade. Essa fala ressalta a importância de práticas humanizadas que promovem confiança e acesso contínuo aos serviços de saúde.

Fala 5: “A influência positiva de ações específicas”

“Recentemente teve um mutirão da Saúde LGBT que a Secretaria de Saúde promoveu (...), foi realmente uma equipe que desde o porteiro até a pessoa da limpeza e os médicos trataram a gente muito bem.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O relato traz uma experiência altamente positiva em um evento específico voltado à saúde LGBTQIA+. Essa iniciativa demonstra como ações pontuais, planejadas com foco em acolhimento e inclusão, podem promover mudanças perceptíveis na relação dos usuários com o sistema de saúde.

Fala 6: “Avanços nos postos de saúde”

“Todos os postos me atendem muito bem, sou muito bem acolhida (...), algumas enfermeiras chegaram até a perguntar qual o pronome que eu... algumas enfermeiras, né? Qual o pronome? Aí eu: não, relaxa. É ela, dela e tal (...).” (ENT 13, MULHER LÉSBICA)

A participante destaca avanços significativos em sua experiência nos postos de saúde, com práticas que demonstram sensibilidade e respeito à diversidade de gênero. Isso reforça a importância da capacitação e da abordagem humanizada no atendimento básico.

Fala 7: “A relevância das ações coletivas”

“foi necessária uma luta do movimento trans para que as empresas de saúde, os planos de saúde pudessem tal qual como o SUS reconhecer que não é uma questão estética, que é uma questão de saúde para que nós possamos ter aí (inaudível), e isso essa conquista de eu

conseguir fazer minha mastectomia não é só uma questão meritocrática, porque eu tenho plano de saúde, eu compreendo que teve muitos irmãos e irmãs que foram até Brasília, fizeram uma marcha, que estiveram lá dentro do Congresso, pedindo mais saúde, mais qualidade da vida para nós trans” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante reconhece os avanços alcançados por meio da mobilização social, destacando como a luta coletiva transforma práticas institucionais. Essa fala conecta as melhorias percebidas à atuação de movimentos sociais, evidenciando a importância da organização política.

Fala 8: “A convivência como facilitadora”

E você retificou o seu nome há quanto tempo? “há uns 5 meses já.” Aí você não foi ainda no posto com o novo documento? “Eu fui em um posto agora, mas agora não lembro qual é o nome do posto. Mas eu fui em busca de uma consulta com o endócrino, para fazer outra tentativa de ser encaminhada pro ambulatório Sertrans, na qual eles pegaram minha certidão direitinho, pegaram meus documentos, me trataram com o nome certo, pronomes certos, tudo corretamente bem. Esse posto, inclusive, recebe outras pessoas trans. Acredito que essa convivência com as pessoas que trabalham no posto faz com que tenham esse respeito maior.” (ENT 15, MULHER TRANS)

A participante identifica que a convivência entre profissionais de saúde e pessoas trans contribui para o respeito e a inclusão no atendimento. Esse relato aponta a importância do contato direto para desconstruir preconceitos e naturalizar práticas inclusivas.

Fala 9: “Fortalecimento da saúde mental por meio da retificação”

“A retificação do nome da pessoa vai garantir o acesso, e isso também vai trabalhar sua saúde mental, quando você tem ali, de fato, um documento onde as pessoas vão saber que ali sou eu e não o fulano de tal.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala destaca como a retificação de nome, além de facilitar o acesso aos serviços, também promove o bem-estar emocional. Isso demonstra a interseção entre aspectos

administrativos e a saúde mental, reforçando a necessidade de políticas que garantam a visibilidade e o respeito às identidades de gênero.

Fala 10: “Reconhecimento dos avanços históricos”

“Eu acredito que sim, que houve uma evolução. Não é possível que nós tivéssemos parado há 30 anos atrás, né? (...) A mudança, ela é lenta, né? Você não estala o dedo e muda! (...) Mas não tem aquele ditado: água mole em pedra dura tanto bate até que fura? Então, é um pouco por aí, né?” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

Essa fala reforça a percepção de mudanças históricas e a importância da persistência no combate à exclusão e discriminação, alinhando-se às melhorias relatadas ao longo da categoria.

Fala 11: “Humanização no atendimento”

“Eu chego, tá lá, a enfermeira fala meu nome social, fala meu nome certo, meu nome correto, me trata com a maior educação do mundo, tem o ambiente totalmente esterilizado, totalmente controlado, então eu considero como sorte.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

O relato destaca a importância de um atendimento respeitoso e humanizado, que promove segurança e conforto para o usuário. Ela ilustra como práticas inclusivas, mesmo pontuais, podem transformar a experiência de acesso aos serviços de saúde.

Fala 12: “A experiência de acolhimento durante a vacinação”

“A última vez que a gente foi, a gente foi tomar uma vacina e aí a moça foi super solícita (...). A gente conseguiu que eles colocassem o nome social.” (ENT 5, MULHER LÉSBICA, em relação ao seu companheiro, HOMEM TRANS)

O relato ilustra a importância de um atendimento humanizado e do respeito ao nome social. Essa atitude, ainda que pareça simples, demonstra um esforço de inclusão que fortalece a confiança dos usuários LGBTQIA+ nos serviços de saúde.

Fala 13: “Evolução no respeito ao nome social”

“Já nessa segunda vez, a questão do nome social foi facilmente resolvida, já existia um campo para nome social, então não houve dificuldade.” (ENT 3, MULHER TRANS)

A participante descreve uma experiência de acesso facilitado pelo respeito ao nome social, mostrando o impacto positivo de ajustes administrativos nos sistemas de saúde. Essa mudança destaca o papel das políticas públicas e das capacitações na melhoria do atendimento.

Fala 14: “Construindo um mosaico de melhorias”

“Mas eu acho que melhorou muito. Como melhorou! Entendeu? É assim, eu atuando no canto, você no outro, outro no outro. Cada um no canto, fazendo um pedacinho. É feito um mosaico. Então você está montando, aí as pecinhas estão indo. De repente, põe uma pecinha ali, legal, aí brilhou. Ficou legal. E aí, assim, cada um vai colocando a sua pecinha. Isso que é importante para a gente fazer.” (ENT. 14, MULHER LÉSBICA)

Essa fala apresenta uma metáfora poderosa sobre a construção coletiva de avanços na inclusão e no respeito à população LGBTQIA+. A ideia de um “mosaico” evidencia como pequenas ações individuais e pontuais se complementam, criando um impacto maior e mais visível ao longo do tempo. Isso reforça o papel tanto de indivíduos quanto de instituições em transformar o sistema de saúde em um ambiente mais inclusivo e acolhedor.

Fala 15: “Percepções de um atendimento mais humanizado”

“Pelo que eu escuto de histórias de outras pessoas trans, inclusive de início de transição, em comparação ao que a gente viveu antes para o que tá hoje, parece algo mais humanizado, parece realmente que eles estão mais abertos a se adequarem a essas questões, né? A questão do nome social, o tratamento dos pronomes e tudo mais.” (ENT. 7, HOMEM TRANS)

Essa fala reflete uma percepção positiva de progresso no atendimento a pessoas trans, especialmente no que diz respeito ao respeito ao nome social e pronomes. Essa evolução sugere que esforços institucionais e sociais estão começando a criar um ambiente mais acolhedor e humanizado, embora ainda haja espaço para melhorias. A experiência relatada aponta para o impacto de uma maior conscientização e capacitação entre os profissionais de saúde.

Fala 16: “A tranquilidade como exceção”

“E aí, ocorreu, no caso, em posto de saúde, eu não tive tanto problema, em posto de saúde eu não tive, foi bem tranquilo para adicionar o nome social na Carteira Nacional do SUS e tal, foi bem tranquilo essa parte, e assim, nos postos de saúde era bem tranquilo (...) Eu tive sorte nos meus acessos, foi bem tranquilo.” (ENT. 6, MULHER TRANS)

Essa fala destaca uma experiência positiva no acesso aos serviços de saúde, particularmente no processo de atualização do nome social na Carteira Nacional do SUS. Embora a tranquilidade relatada represente um avanço importante, a menção à “sorte” sugere que experiências como essa ainda não são universais, reforçando a necessidade de garantir que práticas acolhedoras sejam a regra, e não a exceção, no atendimento à população LGBTQIA+.

Fala 17: “Facilidade e discrição no acesso à testagem para ISTs”

“Eu acabei de fazer há pouco tempo (testagem para ISTs). Fiz uma solicitação, isso tudo online, e chegou no meu local de endereço, de uma forma muito discreta, muito corretinha, os exames que eu solicitei, tudo gratuito, de uma forma muito discreta, então, assim, não correr atrás e fazer o exame, eu falo do exame... do teste de uma forma... não sei... acho que mais objetivo, né, no sentido em relação à saúde, porque a saúde é geral, mas eu estou falando em relação ao teste, porque realmente hoje só não faz o teste, só procura saber se você está com algum problema de saúde, é quem não quer, porque realmente hoje a rede pública te oferece meios para você ir atrás.” (ENT. 4, HOMEM GAY)

Essa fala ressalta a importância da acessibilidade e discrição na oferta de serviços de testagem para ISTs. A experiência descrita demonstra como práticas simples, como a possibilidade de solicitação online e a entrega domiciliar de exames, podem criar um ambiente mais inclusivo e promover o cuidado preventivo, especialmente para populações frequentemente marginalizadas. Essa abordagem evidencia avanços significativos na capacidade da rede pública de saúde de atender às necessidades da população LGBTQIA+.

Conclusão da categoria

A análise das falas evidencia avanços significativos no atendimento à população LGBTQIA+ nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza. Relatos de respeito ao nome social, maior humanização e ações específicas como mutirões de saúde LGBT destacam o impacto positivo de mudanças institucionais, capacitações e políticas públicas. Esses avanços, embora ainda não universais, refletem esforços para tornar o sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

As melhorias percebidas estão alinhadas ao conceito de aceitabilidade no acesso à saúde (Travassos; Castro, 2012), que destaca a importância de serviços que respeitem as subjetividades dos usuários e promovam ambientes acolhedores. Ao atender às expectativas e valores dos indivíduos, essas práticas reforçam o vínculo com os serviços de saúde e contribuem para a superação de barreiras simbólicas que dificultam o acesso equitativo. A conquista de direitos como a retificação de nome e a capacitação de profissionais são exemplos de enfrentamento à violência simbólica (Bourdieu, 1996), promovendo maior equidade no acesso e qualidade no atendimento.

Embora as falas indiquem progresso, também reforçam a necessidade de consolidar essas práticas de forma consistente e ampliá-las para alcançar todas as unidades de saúde. A metáfora do “mosaico”, descrita em uma das falas, sintetiza bem esse processo: pequenas ações individuais e institucionais se somam para criar um sistema mais inclusivo e acessível, garantindo que avanços como os relatados sejam a regra, e não a exceção.

5.2.6 Categoria “Estratégias de melhora do acesso”

Para além das críticas e desafios, os entrevistados apontam caminhos para a melhoria do acesso aos serviços de saúde. As falas sugerem estratégias como capacitação dos

profissionais, fortalecimento das políticas públicas, capilarização dos serviços e maior investimento em pesquisas sobre a saúde LGBTQIA+. Essas propostas refletem o desejo por um sistema mais inclusivo e eficaz.

5.2.6.1 Subcategoria “Capacitação/formação profissional”

A capacitação e formação profissional destacam-se como um dos pilares fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e acolhedor para a população LGBTQIA+. As falas desta subcategoria revelam percepções, demandas e críticas relacionadas à necessidade de treinamento contínuo, inclusão de vozes da própria comunidade nas formações e desenvolvimento de currículos acadêmicos mais abrangentes. Esses aspectos são apontados como caminhos essenciais para reduzir práticas discriminatórias e melhorar a qualidade do cuidado oferecido nas unidades de saúde.

Além disso, a educação é apresentada como uma ferramenta transformadora que vai além do simples repasse de informações técnicas. As falas apontam a importância de métodos dinâmicos e humanizados que integrem o aprendizado à prática, promovendo uma mudança cultural nas instituições de saúde. Nesse sentido, a inclusão de pautas sobre diversidade e direitos humanos nos currículos de formação básica e em processos de educação permanente surge como uma proposta central para a desconstrução de preconceitos e a consolidação de práticas mais equitativas.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Educação permanente: um chamado para formação contínua”

“Eu acho que primeiro a gente tem que informar as pessoas, né, principalmente, aliás, todo mundo envolvido na situação, desde a pessoa que tá na recepção até o médico em si (...) Eu acho que é isso, assim, mais informação no geral.” (ENT 5, MULHER LÉSBICA)

A fala ressalta a necessidade de capacitação ampla, que envolva todos os níveis hierárquicos nas unidades de saúde. Sua visão destaca a transversalidade do cuidado,

apontando que práticas inclusivas devem começar na recepção, com impactos até os profissionais de saúde mais especializados.

Fala 2: “A voz da comunidade como protagonista”

“O preparo precisa ser feito não pelo homem cis ou por uma mulher cis, branca, cisgênera. Esse preparo do atendimento à essa população precisa ser feito com vozes dessa população.” (ENT 1, MULHER TRANS)

A participante argumenta pela inclusão direta de pessoas LGBTQIA+ nos processos de capacitação, afirmando que experiências vividas e conhecimentos internos são essenciais para sensibilizar profissionais e superar preconceitos enraizados.

Fala 3: “Rodadas mensais: construindo empatia no tempo”

“Agora, é necessário que se faça capacitações constantes com todos os níveis de funcionários. Porque aí você trabalha no tempo com relação à prevenção. Não vamos esperar as pessoas serem discriminadas, não. Vamos fazer e por isso que é importante a constância nas capacitações, nas rodas de conversa. Sempre pega aquele posto lá, pega uma vez por mês, a gente pode discutir. Se você pegar uma vez por mês, no ano você fechou 12 rodas de conversa sobre assuntos delicados, entendeu?” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

O discurso enfatiza a importância da constância em programas de formação. Sua fala sugere um modelo de capacitação que permita reflexões periódicas, promovendo aprendizado contínuo e mudanças graduais nas atitudes dos profissionais.

Fala 4: “Uma base sólida começa na graduação”

“Porque isso deveria de ser currículo dentro do curso, obrigatório. E não um currículo adicional, faz se você quer.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

A fala critica a abordagem opcional dos temas LGBTQIA+ na formação acadêmica. Ao defender a obrigatoriedade do tema nos currículos, a participante propõe uma formação estruturada desde a base para evitar lacunas de conhecimento.

Fala 5: “Capacitações dinâmicas e eficazes”

“Eu dou capacitação, curso, eu brinco, entendeu? Porque, através do brinquedo, do lúdico, as pessoas se libertam, elas se soltam. E as capacitações da saúde deveriam ser nessa linha.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

O discurso sugere abordagens inovadoras e lúdicas nas capacitações, destacando que métodos tradicionais de ensino podem não ser suficientes para sensibilizar profissionais sobre questões LGBTQIA+.

Fala 6: “Educação contra a ignorância e a violência”

“Mas essa questão também do atendimento, de informar pessoas para saberem como atender, saber como tratar...” (ENT 4, HOMEM GAY)

A fala sublinha a urgência de treinamentos que abordem questões básicas de respeito e acolhimento, como o uso correto do nome social, evidenciando lacunas ainda presentes nos serviços.

Fala 7: “Políticas educativas como estrutura de conscientização”

“A gente precisa que os profissionais eles se reciclem com mais frequência (...) essas pessoas precisam estudar novamente.” (ENT 2, MULHER TRANS)

A participante aponta a necessidade de reciclagem contínua dos profissionais, destacando que a formação inicial não é suficiente para lidar com a diversidade e as demandas atuais da população LGBTQIA+.

Fala 8: “A experiência trans na educação corporativa”

“(...) a menina trans foi em um centro de referência. E esse centro de referência mandou uma equipe lá na empresa para fazer uma palestra (...). Isso, realmente, naquela ocasião, mudou a postura.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

O discurso compartilha uma experiência concreta de sensibilização em um ambiente corporativo, ressaltando como ações educativas podem impactar positivamente posturas e políticas organizacionais.

Fala 9: “Protocolos para respeitar a diversidade”

“como que, se chegar, por exemplo, uma pessoa trans na minha recepção, como que eu procedo, né, como que eu faço pra trocar esse nome e tal. (...) Eu acho que esse tipo de protocolo precisa ser divulgado e precisa ser claro.” (ENT 5, MULHER LÉSBICA)

A fala destaca a importância de protocolos claros e acessíveis para guiar profissionais no atendimento de pessoas LGBTQIA+, garantindo respeito e evitando situações constrangedoras ou violentas.

Fala 10: “Capacitação como pilar de sustentação do sistema”

“Formação profissional mesmo, de colocar a educação permanente para trabalhar voltada para essa questão da saúde da população LGBT.” (ENT 20, MULHER LÉSBICA)

A participante reforça a centralidade da educação permanente no enfrentamento da LGBTfobia nos serviços de saúde, sugerindo que mudanças estruturais dependem de ações contínuas e específicas.

Fala 11: “Necessidade de Políticas Públicas focadas nas mulheres lésbicas”

“Só, por favor, mais informações e mais políticas públicas de saúde para mulheres lésbicas, né, pelo amor de Deus, porque é o ó, tem vezes que é o ó ir pro ginecologista.”

(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

A participante ilustra a invisibilidade que muitas mulheres lésbicas enfrentam no atendimento ginecológico. A ausência de políticas públicas específicas e a falta de informações adequadas nos serviços reforçam um ambiente de negligência e exclusão, fazendo do cuidado um processo desgastante e, muitas vezes, estigmatizante.

Fala 12: “Exaustão educativa e a necessidade de formação profissional”

“Ou eu fico nesse lugar de educador né (risos)... eu tenho que ficar explicando o que é que eu sou, quais são os pronomes e mesmo assim as pessoas ficam errando os pronomes (...) por isso que existem as multas sociais para que as demandas elas cheguem e virem exigência e virem uma necessidade.” (ENT 21, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

A fala evidencia a sobrecarga emocional que pessoas não binárias enfrentam ao assumirem, por necessidade, o papel de educadores em espaços de saúde. Essa posição revela uma lacuna estrutural de formação dos profissionais, que não estão preparados para atender às demandas específicas de identidades de gênero diversas. Além disso, a fala sugere que a implementação de regulamentações e exigências formais pelo Estado pode ser uma ferramenta importante para que as necessidades dessa população sejam reconhecidas e atendidas de maneira adequada.

Síntese interpretativa da subcategoria: a análise das falas evidencia que a capacitação/formação profissional é indispensável para transformar as práticas de cuidado nas unidades de saúde. Os depoimentos destacam a urgência de incluir temas LGBTQIA+ nos currículos obrigatórios das graduações e em treinamentos contínuos voltados para todos os níveis hierárquicos. Essa formação deve ser compreendida como uma ferramenta de mudança cultural, que desafia os preconceitos internalizados no *habitus* profissional, conforme conceituado por Bourdieu (1996). Nesse sentido, o treinamento não apenas atualiza conhecimentos técnicos, mas também propõe uma reconstrução das disposições subjetivas dos profissionais em relação à diversidade.

As falas ressaltam a invisibilidade de grupos específicos, como mulheres lésbicas, que enfrentam exclusão em serviços ginecológicos devido à falta de políticas públicas e informações adequadas. Paralelamente, pessoas não binárias relatam uma exaustão educativa ao serem constantemente forçadas a corrigir e educar profissionais de saúde, apontando para uma falha institucional que deveria ser suprida por formações estruturadas. Esses relatos confirmam a necessidade de capacitações que considerem as especificidades de cada identidade, indo além de abordagens generalistas ou estereotipadas, como destacado por Butler (2015), com sua teoria da performatividade de gênero.

Nesse contexto, Paulo Freire (1987) reforça a importância de uma educação dialógica e crítica, que permita tanto a desconstrução de preconceitos quanto a construção de práticas inclusivas. A ideia de conscientização torna-se essencial para que os profissionais não apenas recebam informações, mas também reflitam sobre os sistemas de opressão que reproduzem em suas práticas diárias. Freire nos lembra que uma educação que transforma é aquela que promove a liberdade e o respeito mútuo.

Por fim, a ideia de aceitabilidade, conforme discutida por Travassos e Castro (2012), integra-se como um aspecto fundamental dessas capacitações, uma vez que promover um ambiente acolhedor e culturalmente adequado é indispensável para construir relações de confiança e respeito mútuo. As formações devem ser constantes, abrangentes e conectadas com a realidade prática dos serviços, permitindo que os profissionais desenvolvam competências técnicas e humanas para oferecer um atendimento que seja não apenas eficaz, mas também acessível e inclusivo. Assim, a capacitação é posicionada como um pilar para uma assistência que promova equidade e enfrente as barreiras simbólicas que persistem no campo da saúde.

5.2.6.2 Subcategoria “*legislações e políticas públicas efetivas e eficazes*”

A implementação de legislações e políticas públicas específicas é amplamente reconhecida como uma condição essencial para assegurar os direitos da população LGBTQIA+ no acesso à saúde. Contudo, os relatos revelam desafios persistentes, desde a não aplicação ou desconhecimento das políticas existentes até a ausência de regulamentações específicas que atendam às necessidades dessa população. Além disso, destaca-se o papel fundamental de campanhas de conscientização que extrapolem datas simbólicas, como o mês do orgulho LGBTQIA+, e promovam mudanças sistêmicas duradouras.

As falas também expõem a discrepância entre a criação de políticas públicas e sua aplicação no cotidiano dos serviços de saúde. A ausência de fiscalização efetiva e de regulamentações mais rígidas permite que práticas excludentes continuem a acontecer, especialmente em serviços privados. Assim, surge a necessidade de um esforço conjunto entre movimentos sociais, profissionais de saúde e órgãos governamentais para garantir a aplicação das políticas e a promoção de ações que respeitem a diversidade e combatam a discriminação.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Direitos iguais, não privilégios”

“A gente não está dizendo aqui que a população de LGBTQIAP+ precisa ser melhor atendida que a sociedade que também frequenta, mas a gente não quer direitos a mais. A gente quer os mesmos direitos. A gente quer ser respeitada, a gente quer procurar saúde pública e ser respeitada.” (ENT 1, MULHER TRANS)

A participante enfatiza a luta por igualdade de direitos, refutando a ideia de privilégios. Sua fala resgata o princípio constitucional de igualdade, apontando que o objetivo das políticas públicas é garantir dignidade e respeito para todas as pessoas, sem distinções.

Fala 2: “A Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+: uma lacuna no sistema”

“E eu acho que falta principalmente a aplicação correta da portaria do Ministério da Saúde, número 2836 que é de 1 de dezembro de 2011 (...) Ela é muito bem elaborada no sentido de contemplar várias dimensões da saúde integral da população LGBTI+, todavia, ela ainda não é aplicada na sua magnitude.” (ENT 3, MULHER TRANS)

A fala aponta para a negligência na implementação de uma política pública nacional que já existe e é bem estruturada. Sua fala revela que, embora o arcabouço normativo esteja disponível, a ausência de aplicação efetiva limita seu impacto.

Fala 3: “Políticas urgentes: a luta contra a lentidão”

“eu espero que as políticas públicas, elas não caminhem de forma lenta, né, eu acho que a gente não tem mais tempo pra lentidão, pra atraso, acho que a gente precisa mesmo é de avanço, e que as coisas aconteçam, porque todo mundo paga imposto, todo mundo tem direito, só que tem gente que não tá tendo direito, só que tem gente que não tá tendo acesso, e aí tipo, se o acesso à saúde já tá difícil pra pessoas cis, imagine pra nós pessoas trans, né, e aí fode, assim, lasca, prejudica, sem usar palavrão, prejudica a vida de muitas pessoas, né, e tem gata que ainda morre por conta de boy, por terapia hormonal de forma indevida, e enfim, tem gente que morre por automutilação genital, corporal, e é uma realidade” (ENT 6, MULHER TRANS)

A participante destaca os efeitos letais da lentidão na implementação de políticas públicas, enfatizando como atrasos e lacunas no sistema de saúde colocam vidas em risco, especialmente de pessoas trans que recorrem a práticas perigosas devido à falta de suporte institucional.

Fala 4: “A luta sistêmica dos movimentos sociais”

“e aí também é complicado quando você individualiza as coisas né, não é um profissional que tem que ter uma postura... ele pode fazer a diferença né no ambiente dele, ah, eu sou um profissional que lido com essas questões né, eu tenho uma compreensão disso, eu já faço uma diferença no local... mas é algo sistêmico, não adianta uma mudança individualizada né, realmente o que a gente está exigindo né enquanto movimento social, movimentos sociais é que existam políticas específicas né voltadas para isso e aí porque não... não vai ter uma mudança individualizada, não é uma coisa que ela acontece a nível individual assim.” (ENT 21, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

O discurso traz uma crítica à abordagem individualizada para lidar com desigualdades e destaca o papel dos movimentos sociais na reivindicação por mudanças estruturais. Ele aponta para a necessidade de políticas específicas que transcendam ações pontuais e promovam transformações abrangentes.

Fala 5: “Inclusão através de políticas afirmativas”

“Pra além das formações, eu espero que dê certo, tem uma PL, que essa PL é pra cotas, em concursos, pra pessoas trans (...) que pessoas trans possam acessar esse o concurso, possam ocupar esses espaços dos postos de saúde, dos hospitais e tal, através dos concursos (...) e que esses corpos também, ocupando esses espaços, eles possam estar militando e dizendo que a gente existe, porque também é sobre a gente ocupar, né, que pessoas trans possam ocupar, que pessoas cis possam saber que a gente tem direito, que elas possam saber nos respeitar, que a gente, não é só pessoas pelas quais devemos andar na noite, mas também andamos durante o dia, e temos direitos” (ENT 6, MULHER TRANS)

A fala destaca a importância de políticas afirmativas, como cotas em concursos, para garantir que pessoas trans ocupem espaços de trabalho, especialmente no setor público. Ao sugerir que a presença de corpos trans nos serviços de saúde contribui tanto para a visibilidade quanto para a militância, a participante reforça a necessidade de ações legislativas que promovam equidade e assegurem representatividade. Essa ocupação é apontada como uma estratégia crucial para desconstruir preconceitos e ampliar o respeito às diversidades.

Fala 6: “Legislação como ferramenta de proteção”

“Eu acho que quando chegar nesse momento de ter um médico desse e o meu corpo, o corpo da minha irmã trans se sentir capaz e abraçado ao ponto de poder chamar uma polícia e saber que aquele ‘fô de uma égua’ vai ser responsabilizado, aí a gente já está no lugar onde as pessoas vão ter medo, sabe? E mesmo que elas pensem o que elas quiserem, que não importa no final das contas pras outras pessoas, existe ali uma legislação a ser seguida e acabou! Ah, mas a minha igreja... acabou! Ah mas.... não quero saber! Entendeu?” (ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

A fala traz uma defesa a legislação como instrumento que transcende crenças individuais, promovendo o cumprimento de normas que asseguram o respeito e a dignidade da população LGBTQIA+ em ambientes de saúde.

Fala 7: “Campanhas além de junho”

“Eu acho que, tipo, assim, porque geralmente a gente só vê campanhas e tudo mais voltado pro mês de junho, que é o mês da diversidade, né? A gente deveria ter, tipo, campanhas mais efetivas, porque pronto, eu não sou pansexual ou viado só em junho não, nós passamos todo dia trabalhando, pagando os impostos e tudo mais.” (ENT 19, HOMEM GAY)

O participante critica a limitação das campanhas de conscientização ao mês de junho, argumentando que ações efetivas devem ser contínuas e incorporar a diversidade como uma pauta permanente no sistema de saúde.

Fala 8: “Desconhecimento e microviolências”

“A gente tem uma política que é direcionada para isso e as pessoas não conhecem, as pessoas ainda não entendem o que é orientação sexual, o que é identidade de gênero, e aí essas microviolências muitas vezes se tornam macro na prática, na questão dos exames, solicitação de exames, ou na prática da consulta de saúde sexual reprodutiva, que mulheres lésbicas é mais complicado fazer muitas vezes, ou homens trans que também precisam fazer” (ENT 20, MULHER LÉSBICA)

A fala enfatiza que o desconhecimento sobre legislações e políticas públicas contribui para a perpetuação de microviolências no atendimento de saúde, especialmente em consultas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Fala 9: “Ambulatórios regulamentados, uma necessidade urgente”

“Eu espero que tenha ambulatório regulamentado aqui no estado do Ceará, para que nós pessoas trans possamos acessar, não só a parte ambulatorial, clínica, mas a parte cirúrgica também, porque é necessária, não só pra mim, que é um corpo que necessita, mas outros corpos.” (ENT 6, MULHER TRANS)

A fala reforça a importância de regulamentar e ampliar o acesso a serviços especializados, como ambulatoriais e cirúrgicos, para pessoas trans no Ceará. Essa reivindicação reflete a carência de estruturas de saúde que atendam às demandas específicas dessa população, evidenciando como a ausência de serviços especializados perpetua desigualdades e exclusões. Além disso, ao enfatizar que essa necessidade não é individual,

mas coletiva, a participante aponta para a urgência de políticas públicas que reconheçam as especificidades dos corpos trans.

Fala 10: “Regulamentação da saúde privada: um direito negado”

“(...) Então é um pouco mais difícil bater de frente com a questão da saúde particular, porque o que é saúde pública, o que está mandando, tem que fazer. Agora o que é saúde particular, eles só vão fazer se eles forem obrigados juridicamente. Enquanto não, eles não vão fazer. Então o que eu espero é que tanto esse atendimento da saúde pública venha se expandir também para a saúde particular. Até porque na saúde particular você está suando para pagar uma coisa que você tem que ter o mínimo de direito possível. E você não ter é complicado” (ENT 7, HOMEM TRANS)

A fala destaca as limitações enfrentadas pela população LGBTQIA+ na saúde privada, onde a garantia de direitos básicos, como o uso do nome social, depende exclusivamente de regulamentações jurídicas. Essa situação reflete um cenário de negligência estrutural, no qual a ausência de políticas obrigatórias reforça desigualdades no atendimento. Ao defender a ampliação das políticas públicas também para o setor privado, a fala reforça a necessidade de ações integradas que assegurem direitos universais, independentemente do tipo de serviço.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam que legislações e políticas públicas específicas são essenciais para assegurar direitos à população LGBTQIA+, mas enfrentam desafios de implementação e reconhecimento. A não aplicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ é emblemática, evidenciando que a existência de políticas bem elaboradas é insuficiente sem ações concretas para sua efetivação. Conforme Bourdieu (1996), essa lacuna reflete as dinâmicas de poder no campo da saúde, onde práticas institucionais mantêm barreiras simbólicas e estruturais que dificultam a transformação social.

Além disso, a ausência de serviços especializados, como ambulatórios regulamentados para pessoas trans, agrava as desigualdades de acesso à saúde, colocando vidas em risco. ENT 6 destacou a urgência de ampliar os serviços clínicos e cirúrgicos no estado do Ceará, reforçando que o cuidado integral deve contemplar não apenas a oferta de serviços, mas também a criação de espaços seguros e inclusivos que atendam às especificidades dessa população.

A luta pela ampliação de direitos na saúde privada, apontada por ENT 7, revela outro ponto crítico. Sem regulamentações obrigatórias, serviços privados frequentemente negligenciam demandas básicas da população LGBTQIA+, como o uso do nome social e o respeito às identidades de gênero. Segundo Bourdieu (1996), essa resistência reflete interesses econômicos que perpetuam exclusões, dificultando o acesso equitativo à saúde.

Por outro lado, as políticas afirmativas, como as cotas em concursos mencionadas por ENT 6, aparecem como uma alternativa viável para garantir representatividade e inclusão da população trans nos espaços de saúde. Essa representatividade é essencial não apenas para transformar o ambiente institucional, mas também para sensibilizar os profissionais cisgêneros sobre as especificidades e demandas das pessoas trans, em linha com a teoria da performatividade de gênero de Butler (2015).

Portanto, a eficácia das legislações e políticas públicas depende não apenas de sua criação, mas de sua aplicação contínua e fiscalização, tanto no setor público quanto privado. Essas ações são fundamentais para superar barreiras simbólicas e institucionais, garantindo que a população LGBTQIA+ tenha acesso a direitos básicos de forma universal e equitativa.

5.2.6.3 Subcategoria “tratamento humanizado”

O tratamento humanizado é um componente essencial para garantir um atendimento digno e respeitoso à população LGBTQIA+ nos serviços de saúde. Os relatos coletados destacam que a ausência de acolhimento humanizado não apenas impede o acesso pleno, mas também perpetua barreiras simbólicas que afastam esses indivíduos dos serviços de saúde. A humanização vai além da técnica; trata-se de reconhecer a diversidade como uma riqueza e incluir subjetividades, demandas específicas e o direito à dignidade no centro das práticas de cuidado.

Além disso, humanizar o atendimento requer um esforço conjunto entre a reformulação das práticas institucionais e o engajamento dos profissionais de saúde em processos educativos e reflexivos. Essas ações são fundamentais para desconstruir preconceitos, transformar comportamentos e criar um ambiente acolhedor para todas as pessoas, independentemente de suas identidades de gênero ou orientações sexuais.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Direito ao tratamento humanizado”

“O que falta, a melhoria que falta, é tratamento e o atendimento humanizado à população LGBTQIAP+, as travestis, homens trans, mulheres trans e toda a sociedade, todas as pessoas que frequentarem ali, serem tratadas de forma humanizada.” (ENT 1, MULHER TRANS)

A fala destaca que o atendimento humanizado é um direito universal e essencial para promover equidade nos serviços de saúde. Sua fala reforça que o respeito e a dignidade devem ser garantidos a todos, sem distinções, desmistificando a ideia de que a humanização seja um privilégio reservado a alguns grupos.

Fala 2: “Humanização como resposta à discriminação”

“Essa população ela precisa ser atendida de forma humana. Não existe atendimento que se não seja humano.” (ENT 1, MULHER TRANS)

A participante sublinha que a humanização é intrínseca ao cuidado. Sua fala denuncia como a desumanização perpetua a discriminação contra a população LGBTQIA+, reforçando a necessidade de práticas que reconheçam e respeitem a pluralidade de experiências e identidades.

Fala 3: “Humanizar para reafirmar a humanidade”

“Assim, humanizar mesmo a pessoa trans, porque as pessoas, a sociedade, está sempre acostumada a nos colocar como coisas diferentes do que é ser humano.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala ressalta que a sociedade muitas vezes desumaniza pessoas trans, tratando-as como “outras” ou “menos humanas”. Sua fala evidencia que o tratamento humanizado não é apenas uma prática ética, mas uma forma de reafirmar a humanidade dessas pessoas frente a uma sociedade que frequentemente as marginaliza.

Fala 4: “Cuidado e segurança nos espaços de saúde”

“compreender que estudar uma postura anti-LGBT fóbica é primordial, é a base desse atendimento, tendo em vista que é uma parcela enorme desses usuários, parcela essa que precisa ser resgatada, parcela essa que precisa acreditar e saber, e ter convicção de que essas instituições são para o nosso atendimento também, que esses espaços devem ser seguros para nossas existências também, ter os nossos direitos assegurados, né?” (ENT 8, MULHER TRANS)

O discurso reforça que a humanização do atendimento só é possível em espaços seguros, onde os direitos da população LGBTQIA+ sejam assegurados. A fala aponta para a importância de ações formativas que capacitem os profissionais para combater a LGBTfobia e promover ambientes acolhedores.

Fala 5: “Inclusão e diversidade como caminho para humanização”

“Eu acho que a integração de pessoas reais nos campos de trabalho é muito importante, a inclusão de pessoas trans, inclusão de pessoas travestis, inclusão de mulheres, inclusão de pessoas pretas, tudo isso é super importante para que a saúde seja mais humanizada, porque o sistema de saúde como um todo, eu vejo que ele é muito como se fosse uma carnificina mesmo, como se fosse um bando de açougueiro que trata a gente como se fosse um só pedaço de carne, como se a gente fosse animais, sabe?” (ENT 18, HOMEM TRANS)

O participante sugere que a inclusão de pessoas trans, negras e de outras identidades sub-representadas nos campos de trabalho é essencial para construir um sistema de saúde mais humanizado. A presença dessas pessoas nas instituições reforça a pluralidade e ajuda a desconstruir estereótipos dentro do ambiente de saúde.

Fala 6: “O efeito do bom atendimento”

“Porque olha, eu te digo uma coisa, quando você é bem tratado, quando você é bem atendido, você volta com certeza. (...) Da mesma forma é um atendimento que poderia ser com atendimento também na saúde.” (ENT 4, HOMEM GAY)

O participante compara o atendimento de saúde a um serviço de cliente, destacando que o bom atendimento cria uma relação de confiança. Sua fala sugere que o tratamento humanizado é também uma estratégia para melhorar a adesão ao cuidado em saúde.

Fala 7: “Atualização e consciência profissional”

“mas é aquela coisa né que eu falei, assim, a pessoa entende mas esse entender não é cotidiano da pessoa, ela vai ter uma escolha né mas é diferente de eu assumir isso pra mim enquanto profissional né, tipo: ‘ah, eu tenho pessoas que vão me chegar e elas são de uma identidade de gênero diferente, né, são pessoas trans, seja não binário, seja mulher trans, homem trans, travesti’(...)tem a articulação dos movimentos sociais mas precisaria também de uma iniciativa dos próprios profissionais de saúde também né” (ENT 21, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

O discurso enfatiza que o entendimento teórico sobre a diversidade não é suficiente. Profissionais de saúde precisam incorporar práticas humanizadas ao cotidiano, atualizando-se constantemente para compreender as dinâmicas sociais e responder às necessidades específicas da população LGBTQIA+.

Fala 8: “Comportamento e empatia”

“Então eu não consigo te dizer o que que poderia ser melhor para melhorar, porque para mim o que seria melhor para melhorar seria exatamente uma conduta de comportamento que eles concordassem enxergar.” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

A fala reflete sobre a importância de atitudes concretas por parte dos profissionais de saúde. A participante aponta que mudanças significativas no atendimento dependem da disposição dos profissionais em enxergar e respeitar as realidades das pessoas LGBTQIA+.

Síntese interpretativa da subcategoria: a análise das falas revela que o tratamento humanizado é essencial para superar as barreiras simbólicas e práticas que dificultam o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde. Os relatos destacam que humanizar o

atendimento não é apenas uma demanda técnica, mas também ética e social, envolvendo a reformulação de posturas profissionais e a criação de espaços seguros e inclusivos. Conforme Bourdieu (1996), a transformação das práticas institucionais depende da desconstrução de *habitus* preconceituosos e da reconfiguração das dinâmicas de poder no campo da saúde.

Butler (2015), ao abordar a performatividade de gênero, reforça a ideia de que humanizar o atendimento é reconhecer e valorizar a diversidade de experiências e identidades. Isso implica uma prática que não apenas respeite, mas também celebre a pluralidade como uma característica central da humanidade.

Por fim, Travassos e Castro (2012) destacam que a aceitabilidade dos serviços de saúde só é alcançada quando há uma relação de confiança entre profissionais e usuários, construída a partir do respeito mútuo e do acolhimento. Nesse sentido, a humanização do atendimento não é apenas um meio para facilitar o acesso, mas um fim em si mesma, indispensável para promover dignidade, equidade e saúde para todos.

5.2.6.4 Subcategoria “importância da rede de apoio”

As redes de apoio desempenham um papel central no enfrentamento das barreiras simbólicas e práticas vivenciadas pela população LGBTQIA+ no acesso aos serviços de saúde. Para muitas pessoas trans e travestis, essas redes oferecem suporte emocional, orientação e informações que ajudam a minimizar os impactos da discriminação e da exclusão. As falas coletadas refletem como familiares, amigos e a comunidade LGBTQIA+ tornam-se aliados fundamentais para a superação de situações de violência simbólica e para o acesso a espaços de saúde que sejam minimamente acolhedores.

Optou-se por não restringir a análise exclusivamente às falas sobre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, considerando que as redes de apoio não estão limitadas a contextos institucionais ou geográficos específicos. A abrangência das falas enriquece a compreensão do tema, ao incluir experiências em diferentes espaços de cuidado e serviços de saúde, públicos e privados. Essa escolha metodológica reflete a relevância das redes de apoio como um recurso transversal, essencial para enfrentar as desigualdades estruturais que afetam a população LGBTQIA+ em múltiplos contextos.

Além disso, essas redes não apenas oferecem suporte direto, mas também criam estratégias de resistência coletiva, fortalecendo os laços entre as pessoas LGBTQIA+ e promovendo a troca de informações sobre profissionais e serviços inclusivos. Em um cenário

onde o preconceito ainda é uma realidade estrutural, as redes de apoio surgem como uma ferramenta indispensável para garantir acesso à saúde e dignidade.

Fala 1: “Planos de Saúde e o papel da família”

“Graças a Deus eu tenho uma avó que insiste em que eu tenha um plano de saúde privado, justamente por conta do tamanho das listas de espera (...) então é muito importante, e aí por isso eu faço o atendimento no sistema particular com a endócrino.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

A fala destaca como o suporte familiar pode ser determinante para o acesso à saúde, especialmente em contextos de limitações no sistema público. O investimento da avó no plano de saúde privado garante a continuidade de seu tratamento, evidenciando o impacto positivo das redes de apoio familiares na superação de barreiras sistêmicas.

Fala 2: “Rede de amigos como guia no acesso à saúde”

“E ainda bem que a gente conta com a Rede de Apoio, porque a gente tinha outros amigos que estavam sendo já acompanhados (...) até que eu cheguei na médica que me acompanha, desde então, já faz três anos que eu sou acompanhado.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O relato traz a importância das redes de amizade como fonte de informação e orientação para encontrar profissionais de saúde que respeitem e atendam às demandas da população trans. Sua fala evidencia que essas redes funcionam como um canal essencial para driblar o preconceito e encontrar atendimento humanizado.

Fala 3: “Conforto emocional no acompanhamento”

“Sempre procurei ir acompanhado (às UAPS), de algum familiar ou então, se eu tiver algum relacionamento, ir acompanhado da esposa, da namorada (...) é um conforto emocional para a pessoa que já sabe que vai passar por isso.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

A fala sublinha como o apoio presencial de familiares ou parceiros é um fator de conforto emocional ao enfrentar situações de preconceito ou desconforto nos serviços de saúde. Sua fala revela a importância do suporte próximo como uma estratégia para lidar com ambientes potencialmente hostis.

Fala 4: “Confiança coletiva para enfrentar preconceitos”

“Dependendo do local, eu prefiro ir acompanhada com minhas amigas trans (...) Normalmente, quando estamos sozinhas, é muito mais fácil sofrer transfobia, sofrer agressões.” (ENT 15, MULHER TRANS)

A participante demonstra que o apoio coletivo entre mulheres trans não apenas reforça a sensação de segurança, mas também cria um espaço de proteção contra agressões e transfobia. Sua fala reflete como a união dentro da própria comunidade LGBTQIA+ é uma estratégia de resistência.

Fala 5: “Fortalecimento e autonomia”

“Ainda bem que eu fui fortalecido ao longo da minha vida para dizer que sim, é um lugar meu e é um direito meu.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante reflete sobre como o fortalecimento pessoal e as experiências acumuladas ao longo da vida são cruciais para reivindicar espaços de forma autônoma. Essa fala ressalta o impacto do apoio emocional e da construção de autoestima como ferramentas para enfrentar barreiras simbólicas.

Fala 6: “Estratégias coletivas de proteção”

“A gente troca muito é informações com outras manas (...) uma entrava no banheiro feminino e as outras ficavam na porta para que as funcionárias não inibissem as meninas de entrar.” (ENT 2, MULHER TRANS)

A participante descreve uma rede de apoio prática e estratégica, em que a troca de informações e a proteção coletiva são utilizadas para garantir segurança em espaços públicos. Essa fala demonstra a importância das redes de apoio na criação de estratégias que minimizam os riscos de violência e exclusão.

Síntese interpretativa da subcategoria: as redes de apoio emergem como uma ferramenta indispensável para a população LGBTQIA+ enfrentar barreiras no acesso à saúde e em outros espaços. Seja por meio do suporte familiar, como mencionado pelo ENT 18, ou pelas trocas entre amigos e colegas, como relatado por ENT 17 e ENT 2, essas redes oferecem orientação, segurança e apoio emocional. Conforme apontado por Bourdieu (1996), essas conexões sociais funcionam como um capital simbólico, fortalecendo a capacidade de resistência frente às dinâmicas de exclusão impostas pelo campo da saúde.

Judith Butler (2015) contribui ao destacar que a união e a mobilização coletiva desafiam normas hegemônicas que marginalizam corpos dissidentes. As redes de apoio, como observado nas falas, promovem a performatividade de resistência, criando espaços de proteção e visibilidade. Além disso, a integração de redes de apoio com estratégias de fortalecimento pessoal, como refletido por ENT 17, demonstra como essas estruturas funcionam tanto no nível individual quanto coletivo para superar violências simbólicas e práticas.

Portanto, a importância das redes de apoio vai além do acolhimento emocional. Elas se estabelecem como uma ferramenta central para enfrentar as desigualdades estruturais, garantindo que a população LGBTQIA+ encontre nos laços familiares, nas amizades e na comunidade LGBTQIA+ um caminho para acessar saúde, dignidade e respeito.

5.2.6.5 Subcategoria “capilarizar os serviços”

A capilarização dos serviços de saúde é essencial para garantir que a população LGBTQIA+ tenha acesso pleno e equitativo às unidades de atenção primária. Os relatos mostram que concentrar atendimentos específicos em unidades de referência pode criar barreiras adicionais, especialmente em contextos territoriais marcados por violência ou dificuldade de deslocamento. Dessa forma, expandir o alcance dos serviços e treinar equipes em diferentes locais são estratégias fundamentais para reduzir desigualdades e garantir uma cobertura mais ampla e inclusiva.

Além disso, os relatos enfatizam a necessidade de integrar demandas específicas, como acompanhamento endocrinológico e acesso a hormonioterapia nas UAPS de forma acessível e segura. Essas ações não apenas ampliariam o alcance das políticas públicas, mas também reduziriam os riscos associados à automedicação, promovendo uma abordagem mais responsável e humanizada.

Fala 1: “Expandir para além das Unidades de Referência”

“Existe ainda uma questão territorial que algumas pessoas não vão conseguir ter acesso a esse posto referência. Então esse tipo de atendimento ele não pode ficar somente nele. As equipes de saúde básicas precisam ser treinadas para poder atender essa demanda.”

(ENT 7, HOMEM TRANS)

A fala destaca a limitação territorial como uma barreira significativa ao acesso aos serviços de saúde. Sua fala sugere que, embora unidades de referência sejam importantes, é essencial expandir a formação e a capacitação para todas as equipes das unidades básicas, garantindo que o atendimento seja acessível para populações em diferentes localidades.

Fala 2: “Atendendo demandas nas UAPS”

“Dentro do meu espaço de fala, é a questão da hormonização (...) é importante que essa saúde pública possa cumprir as demandas daquela mulher trans, daquela travesti, da população LGBTQIAP+, que vão procurar a saúde básica e têm as portas fechadas.”

1, MULHER TRANS)

A fala evidencia como as portas das UAPS muitas vezes permanecem fechadas para a população trans, especialmente em relação à hormonização. Sua fala reforça a necessidade de garantir que as demandas dessa população sejam atendidas no âmbito da atenção primária, promovendo inclusão e acessibilidade.

Fala 3: “Ambulatórios e diversidade de opções”

“(Serviço) Ambulatorial, seria muito massa que tivesse nos postos de saúde, mas para além de ter no posto de saúde, ter um (serviço) ambulatorial, porque tipo, ah, eu não quero cirurgia, então eu fico só no posto de saúde, entendeu?” (ENT 6, MULHER TRANS)

A participante propõe uma abordagem integrada que permita às pessoas escolherem entre diferentes níveis de cuidado, dependendo de suas necessidades. Sua fala ressalta que serviços ambulatoriais especializados nas UAPS poderiam atender melhor às demandas específicas sem restringir opções.

Fala 4: “Endocrinologia e medicação para pessoas trans”

“Seria interessante, eu acho que seria uma boa (...) que tivesse uma portaria de planejamento para acompanhamento endocrinológico nos postos de saúde para as pessoas trans.” (ENT 6, MULHER TRANS)

A participante defende a criação de uma política de planejamento para acompanhamento endocrinológico nas UAPS. Essa sugestão reflete a necessidade de formalizar e estruturar o cuidado oferecido às pessoas trans, garantindo acesso universal e seguro à hormonioterapia.

Fala 5: “Os riscos da automedicação”

“Essa questão que você falou da hormonioterapia é algo tão importante porque infelizmente pessoas trans têm se autoadministrado com hormonioterapia e muitas vezes, sabe, sem ter conhecimento nenhum.” (ENT 9, HOMEM GAY)

O discurso chama a atenção para os riscos associados à automedicação, prática comum entre pessoas trans devido à falta de acesso ao acompanhamento adequado. Sua fala reforça a urgência de capilarizar os serviços para oferecer um cuidado seguro e responsável em unidades básicas de saúde.

Fala 6: “Barreiras territoriais e alternativas de atendimento”

“Que essa questão do posto referência que a prefeitura está tentando implantar é algo extremamente positivo e é um avanço, né? Inicial. E que a gente sabe que pode demorar, mas a gente espera que esse atendimento ele venha expandir para todos os postos de saúde, né? Todas as unidades básicas. Infelizmente, Fortaleza é uma cidade ainda muito violenta e a gente sabe que existem pessoas que não podem se deslocar do seu bairro para outro devido a questões de facções e tudo mais. Então tem pessoas que por mais que tenha esse posto referência, se a prefeitura manter exatamente nesse posto, essas pessoas elas não vão ter acesso a ele. Então elas vão ter que se submeter ainda a duas coisas, ou ir no posto onde ela sofre a transfobia, ou se reprimir e não ir ter esse acesso. Ou seja, ela só tem duas opções, ou sofrer transfobia no posto mais próximo, ou não ter o atendimento que ela precisa, que é uma saúde básica. Então a prefeitura precisa pensar nesse sentido, né?”(ENT 7, HOMEM TRANS)

O participante reconhece os avanços na criação de postos de referência, mas ressalta que a concentração de serviços em um único local perpetua exclusões, especialmente em territórios marcados por violência ou dificuldade de deslocamento. Sua fala aponta para a necessidade de descentralizar os serviços, ampliando o alcance das políticas públicas.

Síntese interpretativa da subcategoria: a análise das falas destaca que a capilarização dos serviços de saúde é essencial para garantir o acesso equitativo da população LGBTQIA+ às UAPS. Concentrar serviços específicos em postos de referência, embora seja um avanço inicial, cria barreiras adicionais para pessoas que enfrentam dificuldades territoriais, como violência ou distância. Conforme destacado por Bourdieu (1996), essas barreiras refletem a reprodução de desigualdades no campo da saúde, reforçando exclusões que poderiam ser evitadas com uma distribuição mais ampla e acessível dos serviços.

Além disso, a integração de cuidados especializados, como acompanhamento endocrinológico e acesso à hormonioterapia, nas unidades básicas é fundamental para atender às necessidades específicas da população trans. Como apontado por Butler (2015), a invisibilização de demandas de corpos dissidentes perpetua uma lógica cisheteronormativa que exclui e marginaliza. A automedicação, mencionada por ENT 9, é um exemplo claro de como a falta de serviços adequados pode colocar em risco a saúde dessa população, reforçando a necessidade de políticas públicas que promovam cuidado seguro e universal.

Portanto, capilarizar os serviços é uma estratégia indispensável para democratizar o acesso à saúde, garantindo que a população LGBTQIA+ encontre em todas as unidades básicas um espaço de acolhimento, cuidado e respeito às suas especificidades. Essa abordagem não apenas amplia o alcance das políticas públicas, mas também contribui para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

5.2.6.6 Subcategoria “aumentar os estudos na temática LGBTQIA+”

A ampliação de estudos na temática LGBTQIA+ é essencial para a construção de políticas públicas e práticas de saúde que sejam verdadeiramente inclusivas e eficazes. O conhecimento produzido a partir de pesquisas que abordam as demandas e especificidades dessa população contribui não apenas para a formação de profissionais de saúde mais capacitados, mas também para o enfrentamento das violências simbólicas e estruturais que perpetuam desigualdades no acesso à saúde. Nesse contexto, os relatos desta subcategoria destacam a importância de fomentar e divulgar estudos que deem visibilidade às experiências LGBTQIA+ nos sistemas de saúde.

Fala 1: “Pesquisa direcionada aos profissionais de saúde”

“E aí pra que a gente tenha isso, vou ter que falar: fazer pesquisa com os servidores e servidoras da saúde, operadores e operadoras da saúde.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala aponta para a necessidade de realizar pesquisas que incluam os profissionais de saúde como sujeitos de estudo. Essa abordagem permitiria compreender suas práticas, conhecimentos e percepções em relação ao atendimento da população LGBTQIA+, possibilitando identificar lacunas e propor estratégias de formação mais eficazes.

Fala 2: “Produção de literatura e Políticas Públicas”

“Eu acho que falta inclusive literatura científica, que aborde com profissionais da saúde sobre a necessidade de se acolher e de se garantir atendimento humanizado para a população LGBTQAPN+ (...) essa dificuldade atrasa o processo de elaboração de políticas públicas.” (ENT 3, MULHER TRANS)

O discurso destaca a escassez de literatura científica voltada para a temática LGBTQIA+, evidenciando como essa lacuna impacta negativamente a elaboração de políticas públicas. A fala reforça que a produção de conhecimento acadêmico é uma necessidade urgente para subsidiar estratégias que promovam saúde integral e atendimento humanizado.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas destacam que a ampliação de estudos na temática LGBTQIA+ é um passo indispensável para transformar práticas de cuidado e políticas públicas em saúde. A realização de pesquisas que envolvam tanto os profissionais de saúde quanto as experiências da população LGBTQIA+ é fundamental para identificar demandas específicas e propor soluções baseadas em evidências. Conforme Bourdieu (1996), o conhecimento científico funciona como um capital simbólico que pode reconfigurar o campo da saúde, influenciando diretamente as práticas institucionais.

Além disso, a escassez de literatura científica sobre saúde LGBTQIA+, mencionada por ENT 3, evidencia um reflexo das barreiras estruturais que marginalizam esses corpos e experiências. Produzir conhecimento acadêmico que amplie a visibilidade e a compreensão dessas questões, como sugere Butler (2015), é um ato político que desafia as normas cisheteronormativas e fortalece as bases para uma saúde mais equitativa.

Portanto, fomentar pesquisas nessa área é mais do que uma necessidade acadêmica; é uma ferramenta essencial para garantir que as demandas da população LGBTQIA+ sejam reconhecidas e atendidas, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo.

Conclusão da categoria

As análises realizadas nas subcategorias desta categoria maior destacam que melhorar o acesso à saúde da população LGBTQIA+ exige ações estruturais, formativas e políticas que abarquem a diversidade de desafios enfrentados por esse grupo. Desde a capacitação de profissionais até a criação de redes de apoio e a expansão territorial dos serviços, as estratégias propostas pelos participantes da pesquisa revelam caminhos concretos e urgentes para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

Capacitar os profissionais de saúde com uma abordagem crítica e humanizada surge como um ponto de partida fundamental para combater as práticas discriminatórias que

afastam a população LGBTQIA+ dos serviços de saúde. Paralelamente, a ampliação e a descentralização dos serviços, incluindo o atendimento especializado nas UAPS, são indispensáveis para enfrentar barreiras territoriais, simbólicas e estruturais que limitam o acesso.

As redes de apoio, evidenciadas como fontes de proteção, orientação e resistência, complementam essas estratégias, oferecendo um suporte essencial para que as pessoas LGBTQIA+ possam acessar serviços de saúde em contextos frequentemente hostis. Além disso, a necessidade de aumentar a produção de conhecimento acadêmico sobre essa população, tanto em relação às suas demandas quanto às práticas profissionais, é um fator crucial para subsidiar políticas públicas e aprimorar as práticas de cuidado.

Embora o foco deste trabalho tenha sido a análise do acesso às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza, as estratégias apresentadas pelos participantes extrapolam esse contexto e apontam para a necessidade de mudanças estruturais em todo o sistema de saúde. Essa abrangência reflete a complexidade dos desafios enfrentados pela população LGBTQIA+ e a interseção entre as demandas locais e globais para a promoção de uma saúde equitativa e inclusiva.

Conforme discutido ao longo das subcategorias, as melhorias no acesso à saúde da população LGBTQIA+ não se restringem a mudanças pontuais, mas exigem transformações profundas no campo da saúde. Sob a perspectiva de Bourdieu (1996), essas transformações requerem a desconstrução de *habitus* enraizados e a reconfiguração das relações de poder que perpetuam desigualdades. Butler (2015), por sua vez, reforça que essas mudanças passam pela visibilidade e valorização das identidades dissidentes, reconhecendo-as como legítimas e plenas no espaço institucional.

Portanto, as estratégias de melhora do acesso propostas pelos participantes deste estudo oferecem um roteiro para promover a equidade no sistema de saúde, alinhando práticas formativas, estruturais e políticas a um ideal de cuidado integral e humanizado. A implementação dessas estratégias não apenas garante a inclusão da população LGBTQIA+, mas contribui para a consolidação de um sistema de saúde que respeite e valorize a diversidade em todas as suas dimensões.

5.2.7 Categoria “Sistema de Saúde Cisheteronormativo”

Como fio condutor das barreiras e desafios apresentados, a cisheteronormatividade emerge como uma estrutura central que permeia as práticas e a organização dos serviços de saúde. Essa categoria teórica analisa como o sistema de saúde, alicerçado em normas cisheteronormativas, reforça desigualdades, apaga identidades e limita o acesso, evidenciando a necessidade de mudanças profundas para promover equidade no cuidado.

5.2.7.1 Subcategoria “apagamento da identidade de gênero e orientação sexual”

O apagamento da identidade de gênero e da orientação sexual nas práticas de saúde reflete a perpetuação de normas cisheteronormativas que desconsideram as vivências de pessoas LGBTQIA+. Esse apagamento ocorre de diferentes formas: na invisibilização de orientações não heterossexuais, na negação da existência de identidades de gênero fora do binarismo, e na falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com essas diversidades. Essas práticas não apenas deslegitimam as identidades das pessoas, mas também dificultam o acesso a cuidados adequados, reforçando um ciclo de exclusão e marginalização.

As falas analisadas destacam como esse apagamento é experienciado nas interações com os serviços de saúde, revelando lacunas estruturais e simbólicas que impactam diretamente o bem-estar físico e psicológico da população LGBTQIA+.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Apagamento da vivência sáfica¹⁸”

“Eu tenho essa sensação de negação da sexualidade na solicitação de teste rápido, né, porque eu, como eu disse, eu gosto de fazer pelo menos anualmente, ou sempre que eu vejo alguma campanha eu vou lá e faço, e aí no caso eu tenho a entrevista, né, pré-teste, e eu lembro de falar da minha orientação sexual, e viver esse processo de apagamento mesmo, de que o fato de eu estar no relacionamento com outra mulher fizesse com que eu não precisasse ter esse cuidado comigo mesma, esse cuidado com minha companheira, de fazer a testagem (...)eu lembro de tipo assim: ‘ah não, mas transar com outra mulher não tem risco de

¹⁸ O termo *vivência sáfica* refere-se à experiência de mulheres que se sentem atraídas por outras mulheres, sejam elas lésbicas ou bissexuais. A palavra “sáfica” deriva da poetisa grega Safo, cuja obra é amplamente associada à expressão do amor e do desejo entre mulheres.

transmitir IST’, e não sei o que, esse processo de apagamento mesmo, da vivência sáfica”.

(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

A participante descreve o apagamento de sua orientação sexual durante a solicitação de um teste rápido, destacando a desinformação e o preconceito dos profissionais de saúde. Essa atitude desconsidera as vivências sáficas e reduz a importância do cuidado com a saúde sexual de mulheres que se relacionam com outras mulheres, refletindo a invisibilidade dessas experiências nos sistemas de saúde.

Fala 2: “Invisibilização das identidades Não Binárias”

“você ter um documento é um respaldo, as pessoas vão olhar: ‘o que é isso aqui?’ É uma pessoa não binária, mesmo que ela não saiba o que é né ela vai ver que é outra coisa né? Acho que pior não é as pessoas desconhecerem ou não terem é... formação suficiente para lidar é pior do que é isso, é o apagamento, tipo sim se tem só feminino ou masculino os outros não existem né? a gente ou fica num canto ou fica no outro e assim ser enquadrado também somente no ele não é uma coisa que me representa não é minha identidade” (ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

A fala aponta para a exclusão sistemática das identidades não binárias em sistemas e práticas que operam exclusivamente dentro do binarismo de gênero. A ausência de reconhecimento formal reflete o apagamento estrutural, onde a própria existência das pessoas não binárias é ignorada ou negada.

Fala 3: “Limitações biologizantes na saúde trans”

“hoje eu tenho meu nome retificado, um gênero retificado, mas aí as pessoas, elas querem limitar-se do biológico, elas não acreditam que existe um homem que tem um útero e que precisa do serviço ginecológico, não apenas pelo útero, claro, né, é óbvio, por todo o aparelho aqui que eu tenho, assim como eu penso que há dificuldades das mulheres trans de buscarem urologista” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O discurso revela como as visões biologizantes nos serviços de saúde limitam o acesso de homens trans a cuidados ginecológicos. Essa exclusão é uma forma de apagamento que invalida a diversidade de corpos e necessidades dentro da população trans, reforçando barreiras ao cuidado integral.

Fala 4: “Desrespeito na forma de tratamento”

“Assim que a gente se mudou, eu tive uma experiência com um outro posto. Nesse posto eu também tive a infeliz realidade de ocorrer a mesma coisa. Me chamaram de moço, menino, homem.”(ENT 15, MULHER TRANS)

A participante relata o desrespeito à sua identidade de gênero em uma UAPS. Ser tratada com pronomes e palavras que não condizem com sua identidade reafirma o apagamento simbólico e cria um ambiente hostil que desestimula o acesso aos serviços.

Fala 5: “Falta de reformulação institucional”

“Então, é, há um déficit gigantesco nas instituições como um todo e as instituições de saúde elas estão englobadas nesse déficit de não passar por reformulações para que se compreenda a existência de pessoas trans. Eu digo isso estruturalmente, não apenas no sistema digital e, enfim, acaba sendo uma carta da manga para eles, porque eles sempre utilizam essa desculpa, que o sistema não foi pensado, que o sistema é difícil de mudar, que o sistema dá pane e que o sistema, enfim, comete os erros, mas eu acredito que seja falta de interesse, acredito não, tenho convicção, né, com base nos meus estudos, nas minhas vivências eu sei que é falta de boa vontade e a isso se soma, é falta, na verdade, de, como é que se fala? É falta de vontade, né, resumindo, falando de uma forma informal, é falta de vontade. Não veem porque fazer essas modificações, né, não veem o porque de respeitar nossas existências, como se fossemos um mero capricho, né, ignorando completamente as taxas de mortalidade, de violência, de dor, de trauma, questões psicológicas, de questões físicas, ignorando nossa biologia e tudo isso se soma a diversos outros fatores”(ENT 8, MULHER TRANS)

A fala destaca a falta de mudanças institucionais para reconhecer e incluir pessoas trans no sistema de saúde. Sua fala evidencia que a ausência de reformulações estruturais contribui para o apagamento das existências trans e perpetua práticas discriminatórias.

Fala 6: “Judicialização da identidade”

“e é sempre um outro que deve falar do que eu sou, não basta eu falar, o outro tem que reconhecer, porque eu também sou de uma época, eu conheço amigas que para fazer sua retificação, para botar uma prótese de silicone, elas precisavam, elas foram pra uma forma de judicialização, e isso é muito triste, né, porque eu imagino que parte dessa vida dela aqui, foi pra uma análise, ela teve que esperar, porque dependendo do juiz, da cabeça do juiz, ele que ia dizer se ela era mulher ou se ele era homem, então isso é muito complexo, sempre um outro tem que afirmar, dizer quem você é, enquanto na verdade isso é um direito individual, eu falo por mim, eu falo dos meus desejos, eu falo do corpo que eu quero ter” (ENT 17, *HOMEM TRANS*)

O participante relata o impacto da judicialização na validação de identidades trans, ressaltando a dependência de terceiros para o reconhecimento de quem a pessoa é. Esse processo reflete o apagamento das vozes individuais e a negação da autonomia sobre as próprias identidades.

Fala 7: “Evitar reconhecer relacionamentos LGBTQIA+”

“Ultimamente eu venho percebendo que de alguns profissionais o acolhimento ele acontece, né, até conversar, até falar, se dirigir a gente como namorada, não, porque eu notei que às vezes essa, essa palavra é evitada e eles falam assim: ‘cadê a tua amiga? Cadê a minha menina que estava contigo?’ ou então: ‘acompanhante de Dona Fulana’, né, que, não sei, talvez na ausência de um papel, né, não tenha obrigatoriedade de chamar de namorada, de esposa ou algo assim” (ENT 12, *MULHER LÉSBICA*)

O relato descreve como profissionais de saúde evitam reconhecer relacionamentos LGBTQIA+ em suas interações. Essa atitude reforça o apagamento simbólico, deslegitimando relacionamentos não heterossexuais e criando um ambiente de invisibilidade e desconforto.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam como o apagamento da identidade de gênero e orientação sexual se manifesta nos sistemas de saúde, reforçando normas cisheteronormativas que negam as existências LGBTQIA+. Desde a desinformação sobre saúde sáfica até a exclusão de identidades não binárias e trans, o apagamento opera de forma estrutural e simbólica, impactando o acesso a cuidados adequados e a dignidade dos indivíduos.

Sob a perspectiva de Bourdieu (1996), esse apagamento pode ser entendido como uma forma de violência simbólica que naturaliza exclusões e reproduz desigualdades estruturais no campo da saúde. Butler (2015), por sua vez, destaca que essas práticas reforçam normas hegemônicas de gênero e sexualidade, inviabilizando corpos e identidades dissidentes.

Portanto, combater o apagamento exige reformulações institucionais e a promoção de práticas que reconheçam e valorizem a diversidade. Essa transformação é indispensável para que o sistema de saúde possa oferecer cuidado integral e humanizado, garantindo o respeito às subjetividades e às identidades de todos os usuários.

5.2.7.2 Subcategoria Passabilidade

No contexto LGBTQIA+, o termo “passabilidade” refere-se à capacidade de uma pessoa ser percebida pela sociedade como pertencente a um gênero ou orientação sexual hegemônica, de acordo com padrões normativos. Embora muitas vezes vista como uma forma de proteção contra preconceitos e discriminação, a passabilidade é também carregada de dinâmicas excludentes e de opressão. Ela tende a beneficiar aqueles que se aproximam das normas sociais enquanto invisibiliza e marginaliza os que não correspondem a essas expectativas.

As falas analisadas nesta subcategoria evidenciam como a passabilidade impacta o acesso a serviços de saúde, as relações sociais e as experiências de discriminação. Enquanto algumas pessoas relatam benefícios advindos da passabilidade, outras ressaltam a transfobia e os desafios enfrentados no período de transição, quando os traços normativos ainda não são percebidos.

As falas analisadas a seguir foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Passabilidade e Privilégio”

“Assim, como uma mulher bissexual, acaba que existe uma certa maior passabilidade.” (ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

A participante reconhece que sua orientação sexual lhe confere certa passabilidade, especialmente em espaços onde a bissexualidade pode ser invisibilizada. Isso reflete um tipo de privilégio que, embora facilite o trânsito social, reforça a exclusão de pessoas cuja sexualidade ou expressão de gênero não se enquadra nas normas hegemônicas.

Fala 2: “Passabilidade e Transfobia”

“por mais que... eu não gosto dessa terminologia passabilidade, né, que a passabilidade, eu considero que é uma forma transfóbica, né, de você ver aquele que é diferente, enfim, eu não gosto muito desse termo, mas eu sei que quanto mais eu avançar aqui no meu processo de hormonização, quanto mais traços masculinos eu tiver, eu sei que vou ter uma passada ali, que vou ser o Thomás, o seu Thomás, porém, quando eu for no serviço ginecológico, sempre vão ser caras e bocas não compreendendo aquele homem de barba entrando naquela sala” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O nome presente na fala é fictício para preservar a identidade do participante. O relato expressa ambivalência em relação ao conceito de passabilidade, criticando-o como uma construção transfóbica. Ele reconhece que, à medida que se aproxima de padrões masculinos normativos, sua experiência social melhora, mas também percebe que isso não elimina a transfobia, especialmente em contextos como o ginecológico, onde seu corpo trans ainda desafia normas estabelecidas.

Fala 3: “Passabilidade e tratamento diferenciado”

“Eu sozinha, como eu sou mais feminina, acho que tenho uma passabilidade, das pessoas me tratarem um pouco melhor, mas a minha namorada é desfem¹⁹, ela não tem as

¹⁹ Desfem é uma abreviação de desfeminizada e refere-se a mulheres lésbicas que não performam características tradicionalmente associadas à feminilidade, adotando estilos ou expressões de gênero percebidos

características femininas logo de cara, e as pessoas tendem a ficar olhando.” (ENT 12, MULHER LÉSBICA)

A participante reflete como sua passabilidade, associada a uma feminilidade normativa, resulta em um tratamento mais ameno em espaços sociais. Em contrapartida, sua namorada, por não se enquadrar nos padrões femininos esperados, enfrenta olhares e julgamentos, evidenciando as dinâmicas de exclusão relacionadas à expressão de gênero em espaços como nas UAPS.

Fala 4: “Invisibilidade e Normatividade”

“A gente não passou por isso muito diretamente, mas a gente sabe porque a gente conhece outras mulheres que são masculinas, principalmente quando são dois casais, que elas são mais masculinas, que elas são marginalizadas, que elas são vistas como dois homens, e aí acaba ficando aquela coisa meio assim, porque a gente já ouviu. Então para gente que não é muito desse grupo, a gente já estava passando despercebida, eu principalmente pelo fato de ser mais feminina. E aí as pessoas associam que eu sou lésbica, por conta que ela está do meu lado e ela é um pouco mais masculina” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

A participante observa como sua aparência feminina contribui para a invisibilização de sua orientação sexual, permitindo que ela “passe despercebida” em contextos sociais. Sua fala contrasta essa experiência com a de mulheres lésbicas mais masculinas, que enfrentam maior marginalização devido à não conformidade com padrões de gênero.

Fala 5: “Passabilidade como benefício”

“Eu sinto que hoje o atendimento, ele tá mais humanizado, eles estão mais acessíveis nesse sentido, pelo menos nos locais em que eu vou. Isso também tem um pouco do fato de eu já ter atingido uma certa passabilidade, né? Então querendo ou não isso tem algum certo benefício” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O participante reconhece que sua passabilidade traz vantagens no atendimento à saúde, reduzindo situações de desconforto ou discriminação. Sua fala evidencia como a aproximação

como masculinos ou neutros. O termo é utilizado na comunidade lésbica como uma forma de reconhecimento das múltiplas expressões de gênero dentro do grupo.

dos padrões normativos pode ser vista como uma forma de sobrevivência em um sistema que marginaliza identidades trans.

Fala 6: “Vulnerabilidade durante a transição”

“a transição, e sim o período que eu, e que eu percebo que outras pessoas passam por mais transfobia, é nesse comecinho que você tá meio que patinho feio, que você ainda não é uma coisa tão afirmativa, entendeu, enquanto mulher, enquanto homem, é esse período pelo qual mais as pessoas, e tipo, a gente percebe, a priori, os olhares tortos, porque a primeira coisa que acontece é as pessoas olharem torto, e aí, tipo, pra depois disso pode acontecer das pessoas te soltarem piada no meio da rua, você ir pra entrevista de emprego, que aconteceu comigo, não passar, porque era notório que eu era uma pessoa trans, e, enfim, por aí vai, sabe?” (ENT 6, MULHER TRANS)

A fala descreve a maior vulnerabilidade enfrentada no início da transição, quando os traços normativos ainda não estão consolidados. O discurso reflete como a falta de passabilidade acentua a transfobia, afetando tanto a inserção social quanto as oportunidades de acesso a direitos, como empregos e serviços.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam que a passabilidade opera como um elemento paradoxal: embora traga vantagens em termos de aceitação social e redução de violências, também reforça normas cisheteronormativas que marginalizam corpos e expressões não normativas. O conceito, criticado por ENT 17 como transfóbico, expõe a relação entre aparência, reconhecimento social e exclusão sistêmica.

Sob a perspectiva de Bourdieu (1996), a passabilidade pode ser entendida como uma forma de capital simbólico, que facilita o trânsito em espaços sociais ao custo de reforçar estruturas de poder que perpetuam desigualdades. Butler (2015) contribui ao apontar como as normas de inteligibilidade de gênero operam para legitimar algumas identidades enquanto invisibilizam ou marginalizam outras.

Portanto, embora a passabilidade possa parecer uma vantagem individual, sua lógica reforça dinâmicas estruturais excludentes. Superar essas dinâmicas requer não apenas a desconstrução das normas cisheteronormativas, mas também a valorização de todas as formas

de existência e expressão de gênero, independentemente de sua conformidade com padrões sociais.

a. Subcategoria “burocracias para o acesso devido à binariedade do (Cis)tema”

O trocadilho com “(cis)tema” reflete as barreiras estruturais e simbólicas que o sistema de saúde impõe à população trans e não binária. A cisheteronormatividade embutida nos sistemas digitais, nas fichas de atendimento e nos protocolos institucionais cria um ambiente que exclui e invisibiliza identidades de gênero que não se alinham ao binarismo homem/mulher. Essas barreiras burocráticas obrigam pessoas trans a enfrentarem repetidas situações de constrangimento, submissão à transfobia institucional e, muitas vezes, renúncia à própria identidade para acessar serviços básicos de saúde.

Embora o foco principal desta dissertação seja o acesso à saúde nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, algumas falas que tratam de experiências em planos de saúde foram incluídas por sua relevância na ilustração de barreiras estruturais e simbólicas mais amplas, que também podem impactar o atendimento nas unidades básicas. Essas falas enriquecem o debate ao evidenciar que as dificuldades enfrentadas pela população trans e não binária são transversais, permeando diferentes níveis e modalidades de serviços de saúde. Além disso, tais questões apontam para a necessidade de futuras pesquisas que aprofundem a compreensão dessas barreiras em outros contextos e contribuam para o desenvolvimento de estratégias que promovam a equidade em todo o sistema de saúde.

Em 2024, o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Ministério da Saúde adotaram medidas significativas para ampliar o acesso de pessoas trans a serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Em maio, o Ministério da Saúde alterou restrições de gênero em 271 procedimentos médicos oferecidos pelo SUS, permitindo que exames e tratamentos, como ultrassonografia pélvica, exames de próstata e mamografia, sejam acessíveis independentemente do gênero registrado (Brasil, 2024a). Complementando essa decisão, em junho, o STF determinou que o Ministério da Saúde deve garantir atendimento médico a pessoas transexuais e travestis, inclusive em especialidades relacionadas ao sexo biológico, assegurando que homens trans tenham acesso a serviços ginecológicos e mulheres trans a serviços urológicos (Brasil, 2024b).

Essas mudanças representam avanços importantes na promoção da equidade no atendimento à saúde da população trans. No entanto, a efetividade dessas medidas pode variar nas diferentes regiões do Brasil, dependendo da implementação local e da adaptação dos

sistemas de saúde às novas diretrizes. É fundamental que gestores e profissionais de saúde estejam cientes dessas mudanças e trabalhem para garantir que as políticas sejam efetivamente aplicadas, assegurando o acesso integral e humanizado aos serviços de saúde para todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero.

As falas a seguir ilustram como essas burocracias operam na prática, reforçando a exclusão e limitando o acesso da população LGBTQIA+ a cuidados essenciais. As falas analisadas foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Incompatibilidades no acesso por nome retificado”

“Bom, eu retifiquei o meu nome, eu sou um homem, mas eu sou um homem que precisa acessar o serviço, o cuidado de um ginecologista, e aí, como eu estou com o meu nome já retificado, nome e gênero, o que acontece? Quando eu vou buscar esse serviço, eu uso o plano de saúde, a gente trabalha e vai conseguindo alguns direitos mínimos, mas só que lá no plano de saúde, por exemplo, eles já eliminam esse serviço pra mim, por entender que eu sou um homem, então não compreende essa nova possibilidade de ser homem, um homem trans, que precisa de serviço ginecológico, o acesso, né, e daí também já tira lá a questão do parto” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante destaca como a retificação de seu nome e gênero nos documentos, um direito fundamental, resulta em barreiras para acessar serviços ginecológicos. O sistema digital e os profissionais de saúde, ao ignorarem as especificidades dos corpos trans, perpetuam a exclusão e inviabilizam um cuidado integral. Essa fala revela como o sistema opera dentro de uma lógica cisheteronormativa que deslegitima as vivências trans.

Fala 2: “Questionamentos repetitivos sobre exames”

“Eu, eu recentemente, tentei liberar (consultas ginecológicas), mas aí sempre tem aquela pergunta: tá errado, é esse exame mesmo? Ou então, tá errado, é pra esse nome mesmo? É pra essa pessoa mesmo?” (ENT 10, HOMEM TRANS)

O participante relata os constrangimentos repetitivos enfrentados ao solicitar exames. A desconfiança dos profissionais em relação à sua identidade reflete a incapacidade do sistema de lidar com corpos e identidades fora do binarismo. Essa situação não apenas reforça a exclusão, mas também expõe as pessoas trans a um processo contínuo de validação forçada de sua existência.

Fala 3: “Submissão à transfobia no cadastro”

“um tempo atrás, acho que em meados de 2020, que foi quando eu, foi o ápice de que eu estava procurando a minha mastectomia, eu passei por alguns problemas no plano de saúde porque já havia mudado o meu nome, meu gênero, porque já tinha retificado a documentação e eu precisei um acompanhamento ginecológico. E o plano de saúde me disse que eu não tinha como ter porque a especialidade de ginecologia só aparecia para o sexo feminino. Então eu tinha duas opções, ou eu abria mão do gênero masculino lá no cadastro para colocar o feminino e ter acesso, tanto a mastologia quanto a ginecologia ou eu simplesmente mantinha o masculino e aguardava o plano algum dia se adequar para mudar o sistema. Então eu acabei tendo que ceder de colocar o gênero feminino, porque eu não aguentava mais ter que lutar e bater de frente com essas coisas. Era uma época que eu já estava muito cansado. Então eu acabei optando pela forma mais fácil, que era o que? Entregar a transfobia deles, ao invés de bater de frente, exigir que eles que deveriam adequar o sistema deles. E como não tinha nenhuma lei que obrigassem eles a isso, conseqüentemente eles não iam fazer isso tão cedo. Então foi essa questão que eu vivi mais recente assim, depois da retificação dos meus documentos, foi ter precisado do atendimento ginecológico de mastologia e ter que me submeter a mudar o meu gênero para ter acesso a essas especialidades.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O relato evidencia a violência simbólica embutida nos sistemas de saúde, onde a categorização binária força as pessoas trans a renunciarem à sua identidade para acessar cuidados. Sua fala mostra como a ausência de legislação e a omissão do sistema de saúde deixam os usuários trans em situações de vulnerabilidade extrema, obrigando-os a submeter-se à transfobia institucional.

Fala 4: “Indução a modificar o gênero por falsa agilidade”

“(...)E eu já ouvi um relato de uma menina trans que ela estava precisando de uma consulta com um urologista e que o médico falou, isso recente, né? Com as novas diretrizes que mudou para a gente ter o acesso mesmo sem ter que mudar o gênero lá, né? E que o médico pegou e falou assim para ela, olha, vai demorar porque você vai entrar numa fila e aí a prioridade vai ser homens cis para então encaixar você, muda seu sexo para masculino vai ser mais rápido. Então isso de certa forma é uma transfobia porque ela está tendo o direito de ter o acesso e está sendo induzida a colocar o gênero que ela não se reconhece só pela falsa agilidade naquele determinado atendimento. Então ainda existe essa transfobia, entendeu? Algumas mais escancaradas, outras que já são mais veladas, mas que existir existe.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

A fala descreve uma forma de transfobia velada, onde profissionais de saúde induzem usuários trans a alterarem seu gênero nos sistemas para facilitar o atendimento. Essa prática coloca as pessoas trans em um dilema ético e emocional, forçando-as a escolher entre sua identidade e o acesso a cuidados de saúde. A fala reflete como a burocracia institucional opera como uma ferramenta de exclusão.

Fala 6: “Reconhecimento de gênero e acesso a cirurgias”

“Porque se eu tiver um nome no meu RG que não condiz com a minha identidade de gênero feminina, e eu querer uma cirurgia feminilizadora pelo SUS, eu não consigo, porque eu não sou uma mulher, porque eu não sou considerada uma mulher pro SUS, e aí, tipo, é muito complicado.” (ENT 6, MULHER TRANS)

A participante destaca a barreira burocrática que impede o acesso a cirurgias feminilizadoras no SUS quando os documentos não refletem a identidade de gênero. Sua fala revela como o sistema de saúde reforça normas cisheteronormativas que deslegitimam a existência de pessoas trans, criando uma lógica de exclusão institucionalizada. Essa situação reflete uma violação de direitos que perpetua desigualdades e prejudica a saúde física e mental da população trans.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas nesta subcategoria revelam como as burocracias estruturais no sistema de saúde operam como barreiras simbólicas e práticas que inviabilizam o acesso pleno da população trans e não binária. Desde a categorização binária de gênero nos sistemas digitais até a exigência de renúncia à identidade para acessar serviços, essas barreiras refletem um “(cis)tema” que perpetua a cisheteronormatividade e a exclusão.

Embora o foco principal deste trabalho seja o acesso às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza, as experiências relatadas por pessoas trans em planos de saúde evidenciam que as barreiras burocráticas transcendem níveis específicos de atenção. A cisheteronormatividade presente nesses sistemas limita o acesso a cuidados de saúde integral em diferentes contextos, reforçando a necessidade de mudanças estruturais em toda a rede de saúde, pública ou privada. Essas dinâmicas são especialmente preocupantes, dado que a burocracia atua como ferramenta de exclusão institucionalizada, gerando desigualdades que impactam diretamente o bem-estar físico e psicológico da população LGBTQIA+.

Sob a perspectiva de Bourdieu (1996), essas burocracias podem ser entendidas como formas de violência simbólica, que naturalizam exclusões e impõem um *habitus* cisheteronormativo que marginaliza identidades dissidentes. Judith Butler (2015) contribui ao destacar como as normas de inteligibilidade de gênero operam para legitimar algumas identidades enquanto deslegitimam outras, reforçando a lógica binária e excluindo aqueles que não se conformam às normas hegemônicas.

Portanto, superar essas barreiras burocráticas exige reformulações sistêmicas que reconheçam e respeitem as diversidades de gênero, indo além da adequação das UAPS e alcançando todo o sistema de saúde. A inclusão de legislações recentes do STF e do Ministério da Saúde reforça que essas mudanças são possíveis e urgentes, mas sua efetividade depende de ações concretas para garantir sua implementação. Nesse sentido, é imprescindível que haja maior fiscalização e cobrança por parte de gestores, conselhos de saúde e movimentos sociais, assegurando que essas normativas sejam cumpridas de forma equitativa e eficaz em todas as regiões do Brasil.

Além disso, essas questões apontam para a necessidade de estudos futuros que avaliem os impactos dessas mudanças legislativas, bem como as práticas locais que promovam ou dificultem o cumprimento dessas normativas. Esse esforço é essencial para consolidar um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo e equitativo, capaz de atender a todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero.

5.2.7.3 Subcategoria “Impotência frente à cisheteronorma”

A subcategoria explora como a estrutura cisheteronormativa impõe barreiras simbólicas e práticas que frequentemente deixam pessoas LGBTQIA+ em situações de vulnerabilidade, sem alternativas viáveis para contestar ou superar as violências que enfrentam. Essa impotência é reforçada por dinâmicas sociais e institucionais que naturalizam a exclusão, alimentando sentimentos de desânimo, medo e resignação.

As falas analisadas ilustram como essas experiências são marcadas por uma luta constante para afirmar a própria identidade em um sistema que perpetua a marginalização e nega a dignidade e os direitos dessa população. As falas selecionadas foram escolhidas por sua representatividade e relevância, destacando diferentes aspectos da impotência enfrentada por pessoas LGBTQIA+. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “O silêncio como estratégia de sobrevivência”

“Eu acho que o pior é saber que a gente não pode, acho que não é nem que não pode, questionar. E que a pessoa repita o que ela falou. Mas é muito que pela questão do medo. Acho que é meio que pela humildade. Porque na época eu era muito mais desinformada sobre essas questões. E assim, eu por ser uma pessoa trans, eu sentia um desrespeito gigantesco. Era uma dor muito grande mesmo. Mas pensar em me defender. Pensar em reclamar ou reperguntar porque que a pessoa fez aquele manejo. Ter que ensinar também. Não é algo que passa pela nossa cabeça.” (ENT 15, MULHER TRANS)

A participante reflete sobre a dificuldade de questionar ou reclamar diante de situações de desrespeito, destacando o medo e o cansaço como fatores que inibem ações de enfrentamento. Sua fala evidencia como a cisheteronormatividade cria ambientes hostis, onde o silêncio é frequentemente a única alternativa viável para evitar novas violências. Isso reflete a naturalização de um *habitus* de submissão imposto por estruturas simbólicas e sociais.

Fala 2: “Barreiras institucionais e desânimo”

“Eu sofri com essa questão de eu não poder entrar, eu sabia que havia, existia todo um aparato, que existia a legislação do processo transexualizador, que era um direito e tal, mas estava amarrada por conta desses preconceitos.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

A fala relata a frustração de ver seus direitos negados, mesmo diante de legislações que deveriam garantir seu acesso. Sua fala expõe como preconceitos estruturais inviabilizam a implementação de políticas públicas, gerando uma sensação de impotência frente a barreiras que parecem intransponíveis.

Fala 3: “O cansaço psicológico da exclusão”

“Quando eu era mais novo, eu tinha essa mentalidade mesmo de que teria coisas que eu nunca conseguiria alcançar, tipo a testosterona é uma delas, e para mim era uma situação muito distante, talvez eu nunca conseguiria chegar nesse estado que estou agora, então mais novo eu fazia o que eu podia naquela época, se para mim o que tivesse a meu alcance no momento fosse só o nome social, eu me agarrava no nome social, onde eu pudesse colocar ele eu colocava, mas onde eu via que era muito difícil e que talvez eu não alcançasse, eu não ia atrás, justamente pelo cansaço mental, que agora é outra realidade, é óbvio.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

O participante destaca como o cansaço mental gerado pelas exclusões sistêmicas moldou suas decisões e expectativas no passado. A fala ilustra como a cisheteronormatividade não apenas cria barreiras institucionais, mas também impacta a saúde mental de indivíduos, limitando sua capacidade de resistir ou lutar por seus direitos.

Fala 4: “A percepção como limitação estrutural”

“Porque assim, a maioria dos profissionais eles seguem um código de ética, né? As regras da sociedade, porém fica mais difícil quando você é contra isso, né? E aí vai ter uma hora que pode ser que você esteja no mal dia ou simplesmente você não aceita, mesmo sabendo que é errado, né? De tratar a pessoa ou ficar com comportamentos que não são médicos na conduta profissional deles. E aí então a gente acaba ficando sem saída para dizer o que poderia ser melhor para facilitar, né? Porque se eu disser que é melhor um treinamento, vai

ter o treinamento, mas novamente, se eles não mudam a percepção deles em relação ao que nós somos, o nosso lugar na sociedade, nada vai mudar, entendeu? Para mim funciona basicamente isso, porque a gente não tem como pedir respeito. Então o que nós fazemos, eu e ela, é nos dar respeito, para que quando a gente chegue nesses locais, a gente não seja confrontada, né?” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

A participante aponta que, mesmo com treinamentos e códigos de conduta, a mudança efetiva depende de uma transformação na percepção dos profissionais sobre as pessoas LGBTQIA+. Sua fala reflete uma barreira simbólica fundamental: a dificuldade de deslocar a cisheteronormatividade como lógica estruturante nas relações de cuidado.

Fala 5: “Desconfiança em relação à proteção institucional”

“Muitas vezes a gente escolhe não falar, porque por exemplo, se eu vou chamar a polícia, eu não sei se os policiais que vão chegar vão ficar do meu lado, é capaz de eles chegarem, e eu ainda ser preso, entendeu?” (ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

O discurso do participante expressa a desconfiança em relação às instituições que deveriam oferecer proteção. Sua fala demonstra como a cisheteronormatividade não apenas exclui, mas também transforma as próprias estruturas institucionais em ameaças, reforçando a impotência diante de violências cotidianas.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam que a impotência frente à cisheteronorma é uma experiência transversal que perpassa diferentes dimensões da vida das pessoas LGBTQIA+. Seja pelo medo de represálias, pela falta de preparo dos profissionais ou pela ausência de garantias institucionais, as barreiras simbólicas e práticas reforçam uma lógica de exclusão e silenciamento. Esse cenário contribui para uma percepção de vulnerabilidade constante, limitando as possibilidades de enfrentamento e afirmação de direitos.

Sob a ótica de Bourdieu (1996), essa impotência pode ser compreendida como efeito da violência simbólica, que naturaliza a submissão e perpetua estruturas de poder desiguais. Judith Butler (2015) complementa ao destacar como normas cisheteronormativas produzem

corpos e identidades vulneráveis, restringindo sua inteligibilidade e capacidade de ação no campo social.

Superar essa impotência requer transformações que vão além das mudanças institucionais, demandando também esforços para desconstruir normas cisheteronormativas que sustentam a exclusão. A implementação efetiva de políticas inclusivas, acompanhada de fiscalização rigorosa e campanhas de conscientização, é essencial para que pessoas LGBTQIA+ possam acessar seus direitos sem medo ou restrições. Além disso, fortalecer redes de apoio e movimentos sociais é fundamental para romper com a sensação de isolamento e vulnerabilidade que perpetua essa impotência.

5.2.7.4 Subcategoria “Estado Negligente”

A subcategoria aborda como a falta de ação ou o descaso das instituições públicas perpetuam desigualdades e vulnerabilidades enfrentadas pela população LGBTQIA+. A negligência do Estado, seja pela omissão em implementar políticas públicas, seja pela falta de fiscalização de leis e diretrizes, contribui para a marginalização de pessoas LGBTQIA+ em diversas áreas, incluindo a saúde. Essa negligência é estrutural e reforça as desigualdades históricas, empurrando essa população para contextos de exclusão social e econômica.

As falas analisadas nesta subcategoria revelam as múltiplas formas de negligência estatal, desde a conivência com violências até a ausência de comprometimento efetivo com demandas urgentes. As falas selecionadas foram escolhidas por sua representatividade e relevância para os temas discutidos. As demais falas relacionadas a esta subcategoria estão disponíveis no Apêndice D.

Fala 1: “Negligência estrutural e o alto custo dos direitos”

“ela é sim uma negligência transfóbica, mas ela não é transfóbica em si, sabe? Ela antes de ser transfóbica, ela é estrutural, ela é um problema estrutural que se eu estou recorrendo a Defensoria Pública para recorrer por um direito que é meu e esse direito ele é caro. Esses direitos eles vão tentar não mexer ou não fazer com que seja um efetivo ou que eu ganhe esse mesmo direito, porque esse direito vai ser caro para o Estado, entendeu? E porque se eu alcançar o meu direito, não vai ser só eu que vou conseguir o meu direito, mas várias outras pessoas vão acessar esse direito se eu também acessar. Então assim, é muito caro, entendeu? E aí, para além de ser caro para o Estado e o Estado não está nem aí e o Estado há muito

tempo está me levando a pagode, a valsa, para além de eu estar sendo há muito tempo enrolada, isso é muito adoecedor, sabe? Isso é muito adoecedor, mas aí é aquela, é a gata se virando em mil para trabalhar, para ter dinheiro, para pagar terapia particular, porque a terapeuta do Ambulatório não era uma terapeuta pela qual sensível o suficiente para compreender as minhas demandas” (ENT 6, MULHER TRANS)

A participante destaca como a negligência estatal vai além da transfobia individual, assumindo uma dimensão estrutural que impede o acesso a direitos fundamentais. Sua fala evidencia como o Estado cria barreiras financeiras e burocráticas para dificultar a efetivação de direitos, temendo os custos de sua ampliação. Essa negligência não apenas reforça desigualdades, mas também adocece emocionalmente aqueles que buscam justiça.

Fala 2: “Falta de comprometimento com a urgência”

“Olha, eu acredito na palavra comprometimento. Falta um comprometimento maior do Estado em si, de políticas públicas diretas, voltadas a esse público, tendo em vista os dados, tendo em vista a urgência, né? Tem demanda, muita demanda, e eu acredito que isso ainda esteja sendo ignorado.” (ENT 8, MULHER TRANS)

A participante critica a falta de compromisso do Estado em enfrentar as demandas urgentes da população LGBTQIA+. Sua fala reflete a desconexão entre as ações do Estado e a realidade vivida por essa população, apontando que a negligência não é apenas uma questão de ausência de políticas, mas também de ações que não correspondem à gravidade da situação.

Fala 3: “Violência em espaços públicos e a convivência institucional”

“Eu sofri uma agressão no posto de saúde, mas não pelos funcionários, né? Outra pessoa que estava usando equipamento começou a me tratar de forma errônea, né? Me xingar. E aí eu fui e comuniquei a moça que fica responsável por dar informações. E aí ela disse que ela não podia fazer nada, porque lá era um espaço público. E aí eu disse pra ela que ao mesmo tempo que ali era um espaço público e ela estava vendo que eu estava sofrendo essa violência, ela estava sendo conivente, né? Porque ela poderia muito bem pedir ele pra sair ou

fazer com que ele fosse atendido rápido pra que aquela violência passasse.” (ENT 2, MULHER TRANS)

A participante relata um episódio de violência em um espaço público e a convivência de uma profissional diante da situação. Sua fala ilustra como a negligência estatal se manifesta no cotidiano, pela falta de preparo ou de protocolos claros para lidar com situações de violência, deixando a vítima desamparada.

Fala 4: “LGBTfobia como ‘palhaçada’ e negligência sistêmica”

“Porque LGBTfobia nesse país ainda é tratada como palhaçada, mesmo tendo lei aprovada, tendo pena, tudo isso, a delegacia não tá nem aí, é extremamente negligente, os espaços são muito negligentes.” (ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

O discurso aponta para a negligência institucional mesmo em contextos onde leis existem para proteger a população LGBTQIA+. Sua fala reflete como a falta de fiscalização e a cultura de descaso em órgãos públicos deslegitimam os direitos conquistados, perpetuando a LGBTfobia como prática naturalizada.

Fala 5: “A saúde como parte de um sistema de exclusão”

“A questão da saúde é só um braço do Estado que acaba nos marginalizando novamente, nos empurrando para os guetos, para a favela, reafirmando que de fato existe um divisório dentro desse processo de higienização dos corpos.” (ENT 2, MULHER TRANS)

A participante expõe como a saúde é apenas um dos braços de um Estado que marginaliza corpos LGBTQIA+, empurrando-os para a exclusão social e econômica. Sua fala destaca como a negligência estatal reforça processos históricos de exclusão e higienização social, agravando as desigualdades enfrentadas por essa população.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas evidenciam como a negligência do Estado vai além da omissão, operando como um mecanismo ativo de exclusão e marginalização da população LGBTQIA+. Seja pela falta de políticas públicas efetivas, pela

ausência de fiscalização ou pela convivência com violências, o Estado contribui para perpetuar desigualdades estruturais e simbólicas, dificultando o acesso a direitos fundamentais.

Sob a perspectiva de Bourdieu (1996), a negligência estatal pode ser entendida como uma forma de violência simbólica, que naturaliza a exclusão e perpetua o *habitus* cisheteronormativo como norma estruturante. Judith Butler (2015) complementa essa análise ao destacar como essas práticas institucionais reforçam a precarização das vidas LGBTQIA+, criando barreiras que restringem sua capacidade de acesso e pertencimento ao campo social.

Superar essa negligência exige um compromisso ativo do Estado com a efetivação de políticas públicas, garantindo que as legislações existentes sejam aplicadas de forma equitativa. Isso inclui a criação de mecanismos de fiscalização mais rigorosos, o fortalecimento das redes de proteção social e a implementação de campanhas educativas que desconstruam preconceitos estruturais. Apenas com um Estado que atue de forma inclusiva e comprometida será possível garantir o acesso pleno aos direitos e à cidadania para todas as pessoas.

5.2.7.5 Subcategoria “suposição da cisheteronormatividade”

A subcategoria explora como a presunção de que todas as pessoas atendidas nos serviços de saúde se enquadram em normas cisheteronormativas afeta negativamente o cuidado oferecido à população LGBTQIA+. Essa suposição, muitas vezes não questionada, permeia interações rotineiras, desde perguntas padrão em anamneses até a interpretação errônea de sinais clínicos. Ao ignorar as diversidades de gênero e orientação sexual, os profissionais de saúde reforçam a exclusão e comprometem a qualidade do atendimento.

As falas analisadas ilustram as dificuldades enfrentadas pela população LGBTQIA+ devido à cisheteronormatividade presumida como regra.

Fala 1: “Resistência ao reconhecimento das relações homoafetivas”

“eu precisei fazer uma transvaginal e aí é lá deu um cistozinho lá lá no meu ovário e aí eles quiseram dizer que era gravidez ectópica e já já queria me encaminhar não sei para onde, tinha que fazer o beta HCG aí eu disse: gente, não tem como isso ser uma gravidez ectópica, eu tô totalmente, não tem como... aí ele disse: ‘ah, mas você não tem relações sexuais?’ Isso o médico que foi fazer o exame né que é o da ultrassom: ‘ah mas você não tem relações

sexuais?’ Eu disse sim, eu tenho relações sexuais, mas eu sei que não tem como ser, aí ele: ‘mas então você tem um risco’. Aí eu disse: ‘não tem risco, é uma relação homoafetiva!’ Chegou um ponto que eu me estressei que ele insistiu tanto nessa tecla que eu acabei me estressando” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

A participante relata a insistência do profissional em interpretar seu quadro clínico com base em uma lógica heteronormativa. Sua experiência evidencia como a cisheteronormatividade compromete a relação médico-paciente, gerando desconforto e desgaste emocional.

Fala 2: “Presunção de relações heterossexuais”

“eu fui doador de sangue por muito tempo, e eu lembro que as perguntas eram sempre as mesmas, né, as questões dos parceiros sexuais e tal, e por mais que eu falava, a mulher perguntava: ‘o que você faz para prevenir uma gravidez?’ Aí eu disse: olha, eu não transo com homens cis, né, eu não transo com homens, né, minha relação sexual são com mulheres, e aí, e ela teimava, novamente, na pergunta: ‘o seu parceiro usa preservativo?’, eu disse: senhora... (tom de falta de paciência), enfim” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante destaca como perguntas padrões em procedimentos de saúde desconsideram realidades não heteronormativas, resultando em uma desconexão entre as práticas clínicas e as vivências da população LGBTQIA+. Sua fala ilustra o cansaço causado pela necessidade de explicar repetidamente sua identidade e relações.

Fala 3: “Interpretação cisheteronormativa dos pacientes”

“porque lamentavelmente a nossa sociedade ela é machista, patriarcal, homofóbica, então, e a medicina, por sua vez, não só a medicina, mas eu acredito que toda a área da saúde, ela pensa, né, enquanto ter um paciente ou uma paciente heteronormativa, né, ou seja, a não ser que seja uma travesti que entre na sala, então obviamente quem vai atender vê que é uma travesti, né, mas se você não tem um perfil tão autodeclarado, né, aí as pessoas ficam meio sem saber o que é, e aí ele classifica como uma heterossexual, e aí você corre o risco de sair

de lá com uma receita para tomar você e o seu companheiro, né, porque é assim que quem está atendendo vai interpretar.”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

A participante expõe como o preconceito estrutural influencia as interações clínicas, levando profissionais a pressuporem identidades e relações heterossexuais. Sua fala ressalta a invisibilização das especificidades LGBTQIA+ nos serviços de saúde.

Fala 4: “A repetição de perguntas desconectadas”

“Então, quando era feita a anamnese, né, o que acontecia? A médica perguntava: ‘ah, tu já engravidou ou não? Tu toma contracepcional ou não?’ E fazia uma série de perguntas, todas elas direcionadas para a questão, né, dos métodos contraceptivos, da questão da reprodução sexual. E aí quando chegava uma altura que ela não tinha mais o que perguntar, porque tudo era não, né, isso eu passei duas vezes com duas médicas, e eu fazia isso exatamente para ver até onde essa médica ia chegar, até onde ela não abria os olhos e não percebia as diferenças. Então, aí até que teve a primeira que perguntou, fechou a caneta, olhou para minha cara e falou: ‘olha, você pode me, por favor, me dizer o que é que você faz para evitar de engravidar, porque eu quero colocar isso para as minhas pacientes, né?’ Foi simples, eu transo com mulher, aí a médica se desmontava na minha frente”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

A experiência relatada revela a inadequação dos questionários padronizados utilizados em consultas médicas, que ignoram a diversidade sexual e reprodutiva. A fala destaca a necessidade de adaptar os protocolos clínicos para evitar constrangimentos e melhorar o cuidado.

Fala 5: “Falta de campos específicos nos prontuários”

Alguma vez nos serviços de saúde, já lhe perguntaram sua identidade de gênero, orientação sexual? “Não, nunca, eles só se surpreendem quando eu explico que eu sou lésbica.” Você acha que se tivesse algum campo no prontuário para você assinalar isso facilitaria a vida? “Sim, porque pelo menos eles se preparavam antes né para avaliar o paciente, para quando a pessoa for ter que dizer, não ser sempre tipo: ‘nossa!’”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

A participante aborda a ausência de campos específicos para orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários médicos, sugerindo que sua inclusão poderia preparar melhor os profissionais para atender à diversidade, evitando surpresas e desconfortos desnecessários.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas demonstram como a suposição da cisheteronormatividade nos serviços de saúde é uma barreira significativa para o atendimento adequado da população LGBTQIA+. Desde a repetição de perguntas irrelevantes até a interpretação equivocada de relações e identidades, essas práticas reforçam a exclusão simbólica e dificultam a criação de um ambiente de cuidado acolhedor.

Sob a perspectiva de Judith Butler (2015), essas situações refletem as normas de inteligibilidade de gênero e sexualidade, que definem como os corpos e identidades devem ser compreendidos dentro de uma lógica cisheteronormativa. Essa estrutura, ao ignorar a diversidade, invisibiliza as vivências LGBTQIA+ e compromete o cuidado. Complementando essa análise, Bourdieu (1996) destaca como a violência simbólica está presente nessas interações, perpetuando a exclusão através de práticas institucionalizadas e naturalizadas.

Superar a suposição da cisheteronormatividade nos serviços de saúde exige mudanças estruturais e educativas. É fundamental incluir campos específicos nos prontuários médicos, adaptar questionários e capacitar os profissionais para compreender e atender à diversidade de forma respeitosa e inclusiva. Além disso, a desconstrução de normas cisheteronormativas precisa ser uma prioridade para que o sistema de saúde avance em direção à equidade e ao acolhimento pleno de todas as identidades.

5.2.7.6 Subcategoria “eles levam a religião para dentro do trabalho”

A subcategoria aborda como crenças religiosas pessoais de profissionais de saúde podem interferir na prestação de serviços, comprometendo o acesso à saúde e violando princípios éticos que deveriam nortear o cuidado. Essas interferências não apenas limitam o atendimento, mas também perpetuam discriminações baseadas em valores que não deveriam ser impostos no exercício profissional.

As falas analisadas nesta subcategoria ilustram como essa prática afeta a população LGBTQIA+, afastando-a dos serviços de saúde e contribuindo para a perpetuação de desigualdades no acesso e no cuidado.

Fala 1: “Recusa baseada em crenças religiosas”

“No caso que dentro do sistema privado, por exemplo, eu busquei um endocrinologista, a primeira médica que eu fui, que eu fui falar para ela qual era a minha situação, eu sou um homem trans, e que eu pretendia fazer o uso da testosterona, enfim, ela disse que por questões religiosas dela, ela não poderia atender. Então aquilo me frustrou mais ainda.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante relata a recusa explícita de uma médica em atendê-lo com base em crenças religiosas pessoais. Essa prática não só viola os princípios éticos da profissão médica, como também exemplifica como as barreiras simbólicas impostas pela cisheteronormatividade e pela moral religiosa limitam o acesso à saúde para pessoas LGBTQIA+.

Fala 2: “Escolha consciente de desrespeito”

“A gente sabe quando é por mal, a gente sabe, a gente sabe exatamente quando a pessoa, quando a gente passa a informação, a pessoa entende e continua por mal, e quando eu quero dizer por mal, falando de uma forma mais aprofundada, são pessoas que entendem o que você fala e escolhem não te respeitar, baseado nas crenças pessoais, na religião pessoal e tal, isso é uma agressão, é uma agressão que é foda.” (ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

O participante reflete sobre como profissionais de saúde utilizam crenças pessoais para justificar práticas discriminatórias, mesmo quando compreendem as demandas do paciente. Sua fala evidencia a agressão simbólica inerente a essas atitudes, que violam direitos fundamentais e reforçam a exclusão.

Fala 3: “A resistência ao conhecimento”

“Nesses espaços de saúde, existe muito trabalho de informação, muito, eu já acompanhei muitos trabalhos de informação, vindo principalmente de universidades que vêm para esses espaços para dar palestra, entendeu? As pessoas realmente escolhem, sabe? Tipo assim: ‘eu não vou porque é crente, porque não sei o quê, porque é idiota.’” (ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

O participante destaca a resistência de profissionais de saúde em absorver informações que desafiem suas crenças pessoais. Essa resistência, alimentada por valores religiosos, demonstra como preconceitos individuais são perpetuados mesmo diante de esforços educativos, prejudicando o cuidado inclusivo e equitativo.

Fala 4: “Afastamento e desconfiança no sistema de saúde”

“São pessoas que infelizmente levam suas religiões para dentro do seu trabalho, levam seus preceitos para dentro do trabalho e infelizmente destratam a população que é a que mais precisa. E acaba afastando a gente dessa questão da prevenção, da promoção de saúde. E aí a gente entra que quando a gente acaba sempre buscando locais em que a gente é ouvido, que a gente é acolhido, que a gente é cuidado, sabe, e acaba que onde deveria ser esses locais, que são as unidades de saúde, acabam se tornando algo totalmente o contrário. A gente é destrutado, a gente é visto com maus olhos e infelizmente a gente acaba se perdendo dentro do sistema de saúde por conta do preconceito” (ENT 9, HOMEM GAY)

O participante ressalta como a imposição de crenças religiosas afasta a população LGBTQIA+ dos serviços de saúde, especialmente em áreas de prevenção e promoção da saúde. Sua fala destaca o impacto dessa prática na confiança e no acesso a espaços que deveriam ser acolhedores e protetores.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam como a interferência de crenças religiosas pessoais no exercício das profissões da saúde representa uma violação ética e uma barreira significativa para o acesso da população LGBTQIA+ a cuidados de saúde. Ao colocarem seus valores religiosos acima das necessidades dos pacientes, esses profissionais reforçam a exclusão e perpetuam desigualdades estruturais.

Sob a perspectiva de Judith Butler (2015), essas práticas refletem normas cisheteronormativas que, sustentadas por valores religiosos, determinam quem é considerado digno de cuidado. A violência simbólica descrita por Bourdieu (1996) também é evidente nessas situações, naturalizando a discriminação e limitando a ação de grupos já vulnerabilizados.

Superar essas barreiras exige a aplicação rigorosa de normas éticas e regulamentações que impeçam a interferência de crenças pessoais no atendimento. Além disso, é fundamental ampliar a capacitação de profissionais para que estejam preparados para oferecer um cuidado inclusivo e equitativo, garantindo que valores individuais não comprometam o direito à saúde. Isso inclui criar mecanismos de fiscalização que coibam práticas discriminatórias e assegurem que os serviços de saúde sejam verdadeiramente acessíveis a todas as pessoas.

5.2.7.7 Subcategoria “patologização da sexualidade”

A subcategoria explora como práticas e discursos em serviços de saúde frequentemente tratam identidades de gênero e orientações sexuais dissidentes como desvios ou doenças, reforçando estigmas e perpetuando exclusões. Apesar de avanços no reconhecimento de direitos LGBTQIA+, a patologização persiste como uma forma de violência simbólica, impactando profundamente a dignidade e o acesso à saúde dessa população.

As falas analisadas nesta subcategoria refletem experiências de discriminação e constrangimento resultantes da medicalização e moralização da sexualidade e identidade de gênero.

Fala 1: “Afirmando que ser trans não é doença”

“Nos tornar que isso é uma doença, nós não somos doentes, né, ser trans não é ser doente, é mais uma característica enquanto ser humano que eu carrego!” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante reflete sobre a resistência de profissionais de saúde em reconhecer que ser trans é uma identidade legítima e não uma patologia. Sua fala enfatiza a necessidade de

desconstruir discursos que tratam identidades trans como doenças, promovendo um cuidado que valorize a diversidade humana.

Fala 2: “Manipulação de diagnósticos para justificar violência”

“Quando ele (o médico) conversou com a polícia ele disse que eu tinha bipolaridade e transtorno de personalidade, eu acreditava ser uma pessoa que eu não era, e que ele tinha orientado ir para o hospital mental e eu não quis aceitar.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O participante relata uma situação em que um médico utilizou diagnósticos psiquiátricos de forma manipuladora para justificar práticas transfóbicas. Sua experiência evidencia como a patologização da sexualidade e identidade de gênero pode ser usada como ferramenta de opressão e deslegitimação.

Fala 3: “Ambientes de saúde que reforçam o estigma”

“Eu me afasto também, porque lá (ambulatório SERTRANS) não é só transexual, tem outras coisas... mas você chegar num ambiente que é dentro de um hospital mental, né, é um pouco adoecedor por si só assim não é uma coisa que é convidativa.” (ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

O discurso reflete sobre o impacto simbólico de acessar cuidados de saúde em locais associados à saúde mental. A fala expõe como a vinculação de identidades trans e não binárias à patologização afasta usuários LGBTQIA+ dos serviços de saúde, contribuindo para o isolamento e o sofrimento.

Fala 4: “Sexualidade ‘normal’ na perspectiva heteronormativa”

“uma coisa interessante, quando eu tinha uns 18 anos, mais ou menos, fui numa unidade pública pra fazer prevenção, já faz um tempinho. E aí na entrevista, na sequência de perguntas da doutora, ela estava perguntando coisas pessoais e no meio da contracepção, ela foi perguntar sobre métodos contraceptivos, e eu disse que não usava porque eu sou lésbica. E aí ela fez uma pergunta: ‘mas você já fez sexo normal?’ (risos) E aí eu fiquei constrangida,

claro, mas tive que fazer uma pergunta para ela, né? Sexo normal o que? Como assim? Ela: 'com homens'. Aí eu disse não. Aí ela só preencheu lá, mas eu achei a pergunta desnecessária.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

A fala evidencia como a palavra “normal”, utilizada pela profissional de saúde, carrega uma carga simbólica que patologiza relações não heterossexuais ao tratá-las como desvios de uma suposta norma. Essa escolha de palavras não apenas reflete uma visão heteronormativa, mas também reforça a exclusão simbólica de vivências LGBTQIA+, sugerindo que apenas relações heterossexuais são legítimas. Ao expor essa abordagem, a fala revela como discursos aparentemente inofensivos podem perpetuar estigmas e dificultar a construção de um espaço de cuidado inclusivo.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam como a patologização da sexualidade e identidade de gênero persiste nos serviços de saúde, refletindo uma lógica cisheteronormativa que medicaliza e moraliza as diferenças. Desde diagnósticos manipuladores até a imposição de normas heterossexuais, essas práticas perpetuam a exclusão e reforçam a marginalização da população LGBTQIA+.

Sob a perspectiva de Judith Butler (2015), essas práticas podem ser compreendidas como formas de violência discursiva, que definem o que é “inteligível” dentro das normas de gênero e sexualidade. Pierre Bourdieu (1996) complementa ao evidenciar como a violência simbólica opera para naturalizar essas exclusões, transformando-as em práticas legítimas dentro do campo médico.

Superar a patologização exige mudanças estruturais e educacionais, garantindo que profissionais de saúde compreendam as especificidades da população LGBTQIA+ sem reduzi-las a diagnósticos ou preconceitos. Além disso, é necessário reforçar diretrizes éticas que impeçam a perpetuação de práticas discriminatórias, promovendo um atendimento verdadeiramente inclusivo e respeitoso. Com essas transformações, será possível construir um sistema de saúde mais acolhedor com a diversidade humana em todas as suas formas.

5.2.7.8 Subcategoria “poder dos profissionais frente aos usuários”

A subcategoria analisa como as relações de poder entre profissionais de saúde e usuários LGBTQIA+ podem ser usadas para reforçar desigualdades e violências simbólicas.

Nessas situações, os profissionais, muitas vezes, se posicionam como figuras autoritárias, utilizando seu conhecimento técnico e a estrutura institucional para deslegitimar as identidades e vivências dos pacientes. Essa dinâmica contribui para a perpetuação de práticas discriminatórias e para a exclusão de pessoas LGBTQIA+ do acesso pleno e humanizado aos serviços de saúde.

Fala 1: “A impunidade como reforço ao abuso de poder”

“fora do texto do Twitter, porque dentro do texto bonitinho, sendo politicamente correto: ‘ah não, comunicação, essas pessoas não têm acesso...’ Vindo para a realidade, as pessoas só aprendem quando elas perdem e, falando em sociedade, não são as pessoas que estão no nosso dia a dia, que estão próximos da gente, que são pessoas periféricas, que muitas vezes tem essas agressões, são de pessoas letradas, são de pessoas que sabem exatamente o que estão fazendo sabe? E não têm medo porque sabem que é branco, se o policial chegar, não vai fazer nada, é capaz da gente ser preso, entendeu?” (ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

A fala critica a impunidade que permeia as ações de profissionais de saúde e outras figuras de autoridade, especialmente em relação à população LGBTQIA+. O discurso evidencia como o privilégio social, associado a fatores como raça e classe, reforça o abuso de poder, deixando os usuários LGBTQIA+ em situações de vulnerabilidade e silêncio forçado.

Fala 2: “A imposição do nome morto como forma de controle”

“Até eu falar com o médico na consulta, a pessoa ainda afirmou que, o profissional era um médico, assim que cheguei na sala e me viu, ele percebeu a diferença do nome que estava no documento e a pessoa que estava na frente dele, aí logo ele foi afirmando: ‘Olha o médico aqui nesse exame sou eu, e vou lhe chamar pelo o nome que está no seu documento’. Nesse momento é uma pressão que a gente só tem uma reação: só quer realmente continuar, acabar e ir pra casa.” (ENT 15, MULHER TRANS)

A participante relata como um médico utilizou sua posição para impor o uso do nome morto, desconsiderando sua identidade de gênero. Essa prática, além de ser uma forma de violência simbólica, reforça a desigualdade de poder na relação profissional-paciente,

deixando o usuário sem espaço para contestação e, frequentemente, com o único desejo de encerrar rapidamente a interação.

Fala 3: “A voz exclusiva do profissional”

“Só que não teve o respaldo, porque a voz principal era dele (do médico), então quantas outras pessoas ele não deve ter tratado dessa forma, porque ele era a voz que tinha o direito de falar o que estava acontecendo ou não.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

O participante reflete sobre como o monopólio da voz profissional nos serviços de saúde pode silenciar os usuários LGBTQIA+. Sua fala demonstra como o conhecimento técnico e a autoridade institucional são frequentemente usados para invalidar as experiências e demandas dos pacientes, perpetuando práticas discriminatórias e reforçando hierarquias opressoras.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas revelam como o poder dos profissionais de saúde é utilizado para perpetuar desigualdades e violências simbólicas contra usuários LGBTQIA+. Seja pela imposição do nome morto, pela invalidade das identidades ou pelo silenciamento de suas vozes, essas práticas reforçam dinâmicas autoritárias que comprometem a equidade no atendimento à saúde.

Sob a perspectiva de Pierre Bourdieu (1996), essas práticas refletem a violência simbólica, em que a autoridade técnica e institucional é utilizada para naturalizar exclusões e deslegitimações. Judith Butler (2015) complementa ao destacar como esses atos reforçam normas cisheteronormativas que marginalizam corpos e identidades dissidentes.

Superar essas desigualdades requer a desconstrução de relações hierárquicas nos serviços de saúde, promovendo práticas centradas no respeito à autonomia e à dignidade dos usuários. É essencial investir em capacitações que enfatizem a escuta ativa e o reconhecimento das vivências LGBTQIA+, além de criar mecanismos que garantam a responsabilização de profissionais que utilizam seu poder de forma discriminatória.

5.7.2.9 Subcategoria “alta demanda para poucos serviços”

A subcategoria aborda os desafios enfrentados pela população LGBTQIA+ devido à insuficiência de serviços especializados e à sobrecarga dos já existentes. A falta de infraestrutura adequada e a escassez de profissionais capacitados resultam em longas filas, atrasos nos atendimentos e, muitas vezes, na desistência de usuários que enfrentam barreiras adicionais, como falta de informação e preconceito. Essa realidade não só limita o acesso aos direitos garantidos, mas também agrava a vulnerabilidade dessa população.

Fala 1: “Falta de transparência nas filas de espera”

“E aí também eu nunca consegui ser acompanhado pelo SERTRANS, e muitos amigos, meus amigos e minhas amigas também não conseguiram, porque a gente não sabia em que pé andava essa lista de espera para poder ser acompanhado, acompanhada por aquele equipamento que é nosso, por direito.” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante destaca a ausência de transparência na gestão das filas de espera para serviços especializados, como o SERTRANS. Essa falta de clareza reforça a exclusão e desinformação, dificultando o acesso à saúde integral e comprometendo a efetivação de direitos fundamentais.

Fala 2: “Serviços insuficientes e a vulnerabilidade”

“Porque a gente busca ajuda, mas não tem, sabe? E os serviços que são voltados especificamente para demandas da nossa comunidade são pouquíssimos, é uma alta demanda. Então infelizmente não consegue abranger todo mundo. Então a gente acaba se perdendo, a gente acaba errando ou até mesmo sofrendo muitas consequências por conta da falta de informação que não chega até a gente. Então infelizmente é algo assim multifatorial que acaba com que a gente se torne ainda mais vulnerável aos problemas de saúde.” (ENT 9, HOMEM GAY)

O participante reflete sobre como a insuficiência de serviços especializados gera um ciclo de exclusão e vulnerabilidade. Sua fala evidencia como a falta de acesso a informações e atendimentos amplifica os riscos à saúde física e emocional da população LGBTQIA+.

Fala 3: “Carências multidimensionais no SUS”

“E na questão do SUS, a fila é muito grande, como eu falei, o serviço do SERTRANS, a gente não sabe que média está essa fila, qual o tamanho dessa fila, quanto tempo a pessoa permanece nessa fila para ela poder fazer essa integralidade, porque não basta só como tá, tem pessoas que querem fazer suas cirurgias, que têm direito, tem pessoas trans que nem precisam, que nem precisam ser, é, que não querem, né, a hormonização, fazer cirurgias, mas que precisam ter um acompanhamento psicológico, enfim, existe toda uma carência mesmo” (ENT 17, HOMEM TRANS)

O participante expõe as múltiplas carências no atendimento oferecido pelo SUS, que vão além das filas extensas. Sua fala ressalta a necessidade de acompanhamento psicológico e outros cuidados integrados, destacando a urgência de ampliar os serviços para atender às diferentes demandas da população trans.

Síntese interpretativa da subcategoria: as falas analisadas apontam para um problema estrutural no sistema de saúde: a escassez de serviços especializados para atender à alta demanda da população LGBTQIA+. A falta de transparência na gestão de filas, a insuficiência de equipamentos e profissionais capacitados e as múltiplas carências de cuidado são barreiras que perpetuam a exclusão e comprometem o direito à saúde.

Sob a perspectiva de Bourdieu (1996), essa insuficiência pode ser entendida como um reflexo das desigualdades estruturais que moldam o campo da saúde, reforçando *habitus* cisheteronormativos que marginalizam populações dissidentes. Travassos e Castro (2012) destacam as barreiras organizacionais, como filas extensas e falta de informação, e como elas perpetuam desigualdades no acesso à saúde, especialmente para grupos vulneráveis.

Superar esses desafios exige um investimento significativo na ampliação de serviços especializados e na formação de profissionais capacitados para atender às demandas específicas da população LGBTQIA+. Além disso, é crucial adotar mecanismos que garantam a transparência na gestão dos atendimentos, reduzindo as incertezas que agravam o sofrimento e a vulnerabilidade dos usuários. Sem essas mudanças, o sistema de saúde continuará negligenciando uma parcela significativa da população.

Conclusão da Categoria

A categoria “Sistema de Saúde Cisheteronormativo” reflete as múltiplas formas pelas quais a cisheteronormatividade está entranhada nos serviços de saúde, moldando práticas, discursos e estruturas que excluem e marginalizam a população LGBTQIA+. Desde o apagamento de identidades de gênero e orientação sexual até as burocracias discriminatórias e o abuso de poder por parte dos profissionais, as subcategorias analisadas revelam como as normas cisheteronormativas operam de forma estrutural e simbólica para perpetuar desigualdades e violências.

Sob a luz de Pierre Bourdieu (1996), essas práticas podem ser vistas como expressões de violência simbólica, em que preconceitos e exclusões são naturalizados no campo da saúde. Judith Butler (2015) reforça essa análise ao destacar como as normas de inteligibilidade de gênero e sexualidade moldam os corpos e as identidades que são considerados válidos e dignos de cuidado. Essas dinâmicas não apenas comprometem a equidade no acesso à saúde, mas também contribuem para a exclusão social mais ampla da população LGBTQIA+.

Enfrentar o sistema de saúde cisheteronormativo requer ações interseccionais e integradas, que abarquem desde mudanças nas práticas institucionais até a desconstrução de normas culturais que perpetuam a exclusão. É fundamental implementar políticas públicas que garantam o respeito às identidades de gênero e orientações sexuais, além de investir em capacitações que preparem os profissionais para oferecer um atendimento verdadeiramente inclusivo e humanizado. Por fim, é necessário fortalecer os mecanismos de fiscalização e responsabilização para assegurar que as violações de direitos sejam devidamente combatidas e corrigidas. Apenas com essas transformações será possível construir um sistema de saúde que atenda de forma equitativa e respeitosa a todas as pessoas, independentemente de suas identidades ou vivências.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao final desse percurso, percebo quão diverso foi o universo de possibilidades para se pensar o acesso da comunidade LGBTQIA+ aos serviços de saúde nas UAPS de Fortaleza. Há ainda muito a ser pesquisado e aprofundado, mas acredito que os achados encontrados e analisados já servem como luzes para orientar estratégias de enfrentamento às iniquidades presentes nessa realidade.

Gostaria de iniciar esta seção trazendo à luz o conceito de violência simbólica aceita e contestada. Bourdieu (1989) define a violência simbólica como uma forma de dominação que ocorre de maneira “invisível”, sustentada por normas e estruturas naturalizadas como “o modo como as coisas são”. Para que essa violência se mantenha, ela depende de uma aceitação tácita, muitas vezes inconsciente, tanto dos dominadores quanto dos dominados, fruto de disposições incorporadas pelo *habitus*.

No entanto, essa violência não deve ser vista de forma monolítica ou estática, pois sua eficácia varia conforme os sujeitos, contextos e capitais mobilizados. No presente estudo, observei essa dualidade de formas marcantes: em alguns momentos, a violência simbólica manifesta-se plenamente, com práticas discriminatórias naturalizadas ou invisibilizadas pelos entrevistados. Essas situações refletem a aceitação tácita do *habitus* em um campo estruturado por normas cisheteronormativas, onde as violências são vividas como normais ou esperadas. Em outros momentos, contudo, há uma ruptura dessa naturalização, com sujeitos identificando práticas discriminatórias como injustas e contestando-as ativamente. Esses momentos são preciosos, pois revelam a capacidade de resistência e a possibilidade de transformação das estruturas opressoras.

Judith Butler (2015), ao discutir o conceito de vulnerabilidade, oferece uma perspectiva valiosa para essa análise. Para Butler, a vulnerabilidade é uma condição inerente aos corpos humanos, mas intensificada em contextos de desigualdade, como os vivenciados pela população LGBTQIA+. Contudo, longe de ser apenas fraqueza, a vulnerabilidade torna-se um ponto de partida para a resistência. Reconhecer-se vulnerável em um campo estruturado por normas opressoras muitas vezes impulsiona sujeitos a lutarem por direitos e mudanças estruturais.

No campo da saúde, essa luta se manifesta de maneira clara. Os relatos deste estudo mostram como sujeitos vulneráveis desafiam a cisheteronormatividade ao contestarem práticas discriminatórias, denunciarem violências simbólicas e reivindicarem um atendimento

mais justo e inclusivo. Essa dinâmica reflete uma tensão entre o *habitus* e o campo, onde a conscientização e a articulação de redes de apoio podem transformar a vulnerabilidade em um motor de resistência e transformação.

Os participantes da pesquisa apresentaram perfis diversos em termos de identidade de gênero, orientação sexual, faixa etária e contextos socioeconômicos, refletindo a multiplicidade da população LGBTQIA+ atendida pelas UAPS de Fortaleza. Essa diversidade de vozes trouxe à tona experiências de barreiras significativas, como a LGBTfobia velada, o desrespeito às identidades, a cisheteronormatividade nos serviços de saúde e a falta de preparo dos profissionais. Ao mesmo tempo, algumas experiências positivas foram destacadas, como práticas acolhedoras por parte de determinados profissionais, que demonstraram empatia e respeito às identidades dos usuários. Essas práticas inclusivas representam caminhos possíveis para a construção de serviços mais justos e equitativos.

Além das barreiras, os participantes também trouxeram sugestões importantes para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Entre as estratégias apontadas, destacam-se: a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde sobre temas relacionados à diversidade sexual e de gênero; a ampliação dos serviços voltados à população LGBTQIA+; e o fortalecimento de campanhas educativas que promovam conscientização e respeito às diversidades.

As UAPS representam um espaço estratégico para promover essa transformação, mas os relatos evidenciam barreiras simbólicas, institucionais e práticas que dificultam o acesso equitativo e reforçam a exclusão da população LGBTQIA+. Embora as políticas públicas avancem na garantia de direitos, ainda há um longo caminho para que essas diretrizes sejam plenamente implementadas na prática cotidiana.

Apesar do foco do estudo estar nas UAPS, as falas que emergiram acerca de serviços privados e outros níveis de atenção, como a secundária e a terciária, revelam que a LGBTfobia, em suas diversas manifestações, não se restringe a um contexto específico. Essa problemática atravessa de maneira sistêmica os serviços de saúde, evidenciando como a cisheteronormatividade e suas violências simbólicas impactam a vida das pessoas LGBTQIA+ em sua diversidade e complexidade. Esse cenário foi um dos motivos pelos quais algumas dessas falas foram selecionadas para compor esta dissertação, pois ampliam a compreensão da LGBTfobia como um fenômeno estrutural e transversal no sistema de saúde.

Por fim, esta pesquisa reafirma a necessidade de pensar a saúde da população LGBTQIA+ como uma questão de direitos humanos. A análise das vozes, vulnerabilidades e

resistências aqui apresentadas reforça que, mesmo diante de um sistema estruturado por normas excludentes, é possível vislumbrar caminhos de transformação. Que esses relatos e reflexões sirvam como um convite para ações que desafiem a naturalização das desigualdades e construam um sistema de saúde mais justo, inclusivo e humano.

Inicialmente, este estudo foi concebido para incluir também uma etapa quantitativa, composta por questionários estruturados aplicados a profissionais de diversas UAPS de Fortaleza, com o objetivo de analisar suas perspectivas sobre os diferentes aspectos do acesso da população LGBTQIA+ a esses serviços. No entanto, optei por apresentar a dissertação apenas com a etapa qualitativa, dada a robustez e a profundidade dos achados, que, por si só, já configuram uma pesquisa bem delimitada e potente para a discussão da temática. Os resultados da pesquisa com os profissionais serão analisados futuramente e apresentados em formato de artigo científico e em eventos acadêmicos, como congressos e simpósios.

Este estudo apresenta uma série de limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, o fato de as entrevistas terem ocorrido de forma online pode ter impactado a percepção das reações dos participantes. A impossibilidade de captar elementos não verbais, como expressões faciais, gestos e posturas corporais, limitou a análise de nuances importantes, especialmente em uma temática que lida com experiências sensíveis e marcadas por emoções profundas.

Além disso, embora tenha buscado incluir uma diversidade de identidades LGBTQIA+ para oferecer uma visão ampla sobre as vivências dessa população nas UAPS de Fortaleza, a pesquisa pode ser considerada não suficientemente aprofundada em relação às especificidades de cada grupo. No entanto, a escolha por abordar essa multiplicidade foi deliberada, visando captar o panorama geral e as intersecções entre as diversas identidades no contexto investigado. Futuras pesquisas podem explorar mais detalhadamente as singularidades de cada grupo, promovendo análises mais específicas e contextualizadas.

Outro ponto relevante é a ausência da perspectiva dos profissionais de saúde e gestores responsáveis pela implementação das políticas de acesso. Embora essa pesquisa tenha se concentrado nos relatos de usuários LGBTQIA+, compreender a visão e os desafios enfrentados por esses agentes seria essencial para um diagnóstico mais abrangente e para propor estratégias mais eficazes de enfrentamento às barreiras identificadas. Investigações futuras podem integrar essas perspectivas, promovendo um diálogo mais amplo entre os sujeitos atendidos e os responsáveis pela prestação e gestão dos serviços.

O tempo limitado de realização, característico de uma pesquisa de mestrado, também representou uma limitação. Um período maior de investigação permitiria capturar uma análise mais ampla, envolvendo múltiplas dimensões e contextos. Essa restrição, embora usual em pesquisas acadêmicas desse nível, reforça a necessidade de continuidade e aprofundamento deste trabalho em investigações futuras.

Por fim, a ausência de financiamento específico para a pesquisa reflete os desafios enfrentados por estudos de gênero no Brasil. Em um cenário marcado por pressões conservadoras, pesquisas voltadas para questões LGBTQIA+ frequentemente encontram dificuldades em acessar recursos de fomento. Essa realidade impacta tanto o alcance das análises quanto o potencial de desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências, reiterando a importância de um ambiente político e acadêmico que favoreça a produção de conhecimento em áreas historicamente marginalizadas.

Essas limitações, longe de deslegitimar os achados, apontam para a complexidade do tema e para as lacunas que ainda precisam ser exploradas. Reconhecê-las é também um convite à continuidade do diálogo e da produção científica, em busca de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

Espera-se que este estudo traga potência e visibilidade às diversas vozes LGBTQIA+ e se constitua como mais um recurso na luta por justiça social e equidade no direito a uma saúde digna, universal e gratuita. Que ele sirva especialmente para aqueles em condições mais vulnerabilizadas na sociedade, inspirando ações concretas para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo, humano e acolhedor.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M.; JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575–586, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8NZjBqQKHGdkMW3TkVYWkVg/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 dez. 2024.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; GASTALDO, Denise (Orgs.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2021.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papiрус, 1996.

BRASIL. Lei nº 9.454, de 7 de abril de 1997. Institui o número único de Registro de Identidade Civil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 8 abr. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9454.htm. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Institui a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais**. Brasília, DF: Editora MS, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm. Acesso em: 21 dez. 2024;

BRASIL, M. L.; SANTOS, L. V.; DINIZ, B. M.; BEZERRA, R. N. M.; QUEIROZ, J. C. Política nacional de saúde integral LGBT: um estudo reflexivo sob a perspectiva dos princípios doutrinários do SUS. **Rede de cuidados em saúde**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1. 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4126/2353>. Acesso em 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275**. Ação direta de inconstitucionalidade. Direito constitucional e registral. Pessoa transgênero. Alteração do prenome e do sexo no registro civil. Possibilidade. Direito ao nome, ao reconhecimento da personalidade jurídica, à liberdade pessoal, à honra e à dignidade. Inexigibilidade de cirurgia de transgenitalização ou da realização de tratamentos hormonais ou patologizantes. Relator: Min. Marco Aurélio, Distrito Federal, 07 mar. 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2691371>. Acesso em: 21 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 1.693, 10 de maio de 2024a**. Altera atributo em procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2024/prt1693_14_05_2024.html#:~:text=Altera%20atributo%20em%20procedimentos%20da,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).&text=QUIMIOTERAPIA%20DE%20NEOPLASIA%20MALIGNA%20EPITELIAL,TUBA%20UTERINA%20AVAN%C3%87ADA%20%2D1%C2%AA%20LINHA](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2024/prt1693_14_05_2024.html#:~:text=Altera%20atributo%20em%20procedimentos%20da,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).&text=QUIMIOTERAPIA%20DE%20NEOPLASIA%20MALIGNA%20EPITELIAL,TUBA%20UTERINA%20AVAN%C3%87ADA%20%2D1%C2%AA%20LINHA). Acesso em: 21 dez. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 787**. Relator: Min. Gilmar Mendes, Distrito Federal, 18 dez. 2024b. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6093095>. Acesso em: 21 dez. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Desfazendo o gênero**. Tradução de Fernanda Siqueira Mendes e Marina Benedetti. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

CAMPOS, Isabella. Primeira secretaria estadual da Diversidade tem o desafio de transformar o Ceará em um lugar melhor para a comunidade LGBTI+. **Site do Governo do Estado do Ceará**, 17 mai. 2023. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2023/05/17/primeira-secretaria-estadual-da-diversidade-tem-o-desafio-de-transformar-o-ceara-em-um-lugar-melhor-para-a-comunidade-lgbti>. Acesso em: 20 dez. 2024.

CEARÁ, Governo do Estado do. **Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para Lésbicas, Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT**. Fortaleza: Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para Lésbicas, Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis

e Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, [2010?]. 27 páginas. Disponível em: https://www.seduc.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/37/2014/05/5codea_diversidade_inclusao_apresentacao_lgbt.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

CEARÁ. Lei nº 16.946, de 29 de julho de 2019. Dispõe sobre o direito ao uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas transexuais e travestis no âmbito do Estado do Ceará. **Diário Oficial do Estado**, Fortaleza, CE, 30 jul. 2019. Disponível em: <https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/direitos-humanos-e-cidadania/item/6725-lei-n-16-946-de-29-07-19-d-o-30-07-19>. Acesso em: 3 dez. 2024.

CORREIA, M.C. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**. Lisboa, v. 13, n. 2, p. 30-36. 2009. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23968/1/2009_13_2_30-36.pdf. Acesso em: 21 dez. 2024.

COSTA-VAL, A.; MANGANELLI, M. S.; MORAES, V. M. F.; CANO-PRAIS, H. A.; RIBEIRO, G. M. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, p. e320207, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DsNnpXhPn7WrvGXDFXvMXvx/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

DOSSIÊ denuncia 273 mortes e violências de pessoas LGBT em 2022. **Observatório de mortes e violências LGBTI no Brasil**, [S.l.], 13 mai. 2024. Disponível em: <https://observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org/dossie/mortes-lgbt-2022/#:~:text=O%20Dossi%C3%AA%20de%20Mortes%20e,suic%C3%ADdios%20e%2015%20outras%20causas>. Acesso em: 04 mar. 2024.

FEREIRA, K.; SARTORI, L.; CONDE, M.; CORREA, M. B.; CHISINI, L. A.. Gênero e Odontologia: um relato de experiência. **RFO UPF**. Passo Fundo, v. 24, n. 3, p. 417-421, set.-dez. 2019. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/9141/114115420>. Acesso em: 20 dez. 2024.

FERNANDES, Milena. Ambulatório oferece assistência multidisciplinar em saúde a pessoas trans. **Site do Governo do Estado do Ceará**, 26 jan. 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2023/01/26/ambulatorio-oferece-assistencia-multidiscilplar-em-saude-a-pessoas-trans/>. Acesso em: 20 dez. 2024.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Direitos Humanos. **Plano Municipal de Políticas para a População LGBT**. Fortaleza, 2012. Disponível em: <https://acervo.fortaleza.ce.gov.br/download-file/documentById?id=95c293ba-90a1-48d6-92cb-103eb39c6775#:~:text=O%20Plano%20Municipal%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20para%20LGBT%20%E2%80%93PMPLGBT%2C%20tem,a%20constante%20Oavalia%C3%A7%C3%A3o%2C%20aprimoramento%20e>. Acesso em: 20 dez. 2024.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. **Plano de ação para intensificação da vigilância e controle da leishmaniose visceral ano 2024-2026**. Fortaleza,

janeiro de 2024. Disponível em:

<https://ms.dados.sms.fortaleza.ce.gov.br/PlanodeAcaoLV2024a26.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento humano por bairro em Fortaleza**. Fortaleza: Prefeitura Municipal, [201-]. Disponível em:

<http://salasituacional.fortaleza.ce.gov.br:8081/acervo/documentById?id=22ef6ea5-8cd2-4f96-ad3c-8e0fd2c39c98>. Acesso em: 21 dez. 2024.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, S. M.; SOUSA, L. M.; VASCONCELOS, T. M.; NAGASHIMA, A. M. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde Soc**, São Paulo, v.27, n.4, p.1120-1133, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GS8FXSvb3ZvvGvGKqkCXSJS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2024.

GOUVÊA, L.F.; SOUSA, L.L. Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Periódicos**. Salvador, v. 3, n. 16, p. 23-42. 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicos/article/view/33474/25722>. Acesso em 20 out. 2023.

GUIMARÃES, N. P.; SOTERO, R. L.; COLA, J. P.; ANTONIO, S.; GALAVOTE, H. S. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 372-385, abr.-jun. 2020. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41953/10.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 25 nov. 2023.

GUIMARÃES, R. C. P.; CAVADINHA, E. T.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. Pág. 121–139, 2017. Disponível em:

<https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327>. Acesso em: 8 mai. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: orientação sexual autoidentificada da população adulta**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101934.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2024.

MARTINS, D. A.; PREUSS, L. T.; SILVA, S. C. Uma análise da Política Nacional de Saúde Integral LGBT à luz do conceito gramsciano de Estado ampliado. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Portugal, v. 126, n. 1, p. 91-112, out. 2021. Disponível em:

<https://journals.openedition.org/rccs/12438>. Acesso em: 25 nov. 2023.

MENDES, W.G.; SILVA, C.M.F.P. Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma Análise Espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.1709-1722. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/4947yK7K5JTN5sHJRKTFPvD/?format=pdf>. Acesso em 21 dez. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 40, p. 139-153. 2018. Disponível em:
<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em 20 dez. 2024.

MORSE, Janice M. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. **Nursing Research**, v. 40, n. 2, p. 120–123, 1991.

NETO, A. C. M.; TAGNIN, L. H.; ARAÚJO, A. C.; SOUSA, M. I. O.; BARRA, B. G. A.; HERCOWITZ, A. Ensino em Saúde LGBT na Pandemia da Covid-19: Oportunidades e Vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, p. 1-7. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/qS6zNvkGhG8BgLqgGWkg4sq/>. Acesso em: 20 dez. 2024;

OBSERVATÓRIO DE MORTES E VIOLÊNCIAS LGBTI NO BRASIL. Dossiê denuncia 230 mortes e violências de pessoas LGBT em 2023. **Observatório de mortes e violências LGBTI no Brasil**, [S.l.], 13 mai. 2024. Disponível em:
<https://observatoriomorteseviolenciaslgbtibrasil.org/dossie/mortes-lgbt-2023/>. Acesso em: 20 dez. 2024.

PATTON, M. Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2015.

PRADO, Isabel. Janaína Dutra e Thina Rodrigues: equipamentos públicos atendem a população LGBT+ no Ceará. **O Povo**, 30 jun. 2023. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/curiosidades/2023/06/30/janaina-dutra-e-thina-rodrigues-equipamentos-publicos-atendem-a-populacao-lgbt-no-ceara.html>. Acesso em: 20 dez. 2024.

PREUSS, L. T.; MARTINS, D. A. Reflexões acerca da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nas regiões de fronteiras. **Interações**, Campo Grande, v. 20, n. 3, p. 933-946, set. 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/inter/a/8nhhRXNZgbfpQmkHybxXwdq/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 25 nov. 2023.

REIS, A. A. **Atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa**. 2022. 69 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/57473/andrea_andrade_reis_ensp_mest_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 20 dez 2024.

ROCHA, F. C.; SAMPAIO, J. V. Percepções de LGBTs sobre o Acesso à Atenção Primária de Saúde na Cidade de Guaiúba, CE. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 99–

115, 2022. DOI: 10.20435/pssa.v14i2.1284. Disponível em:
<https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1284>. Acesso em: 20 dez 2024.

SILVA, A. C.; ALCÂNTARA, A. M.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832020000100239&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 20 dez. 2024.

SOUSA JÚNIOR, C. A.; MENDES, D. C. Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 19, n. edição especial, p. 642–655, nov. 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cebape/a/sLppG4k73FFG33g9qJZxWzB/#>. Acesso em 16 nov de 2023.

SPIZZIRRI, G.; EUFRÁSIO, R. A.; ABDO, C. H. N.; LIMA, M. C. P. Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. **Scientific reports**, v.12, n.1, 8p, 2022. Disponível em:
https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/OPI/48551/1/art_SPIZZIRRI_Proportion_of_ALGBT_adult_Brazilians_sociodemographic_characteristics_and_2022.PDF. Acesso em: 21 dez. 2024.

TAVARES, J. S.; MELO, A. C.; SILVA, S. C.; PAULO, A. P. Conhecimento dos estudantes da saúde acerca da política nacional de saúde integral à população LGBT e sua abordagem clínica como futuros profissionais. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 3, p. 178-197, 2019. Disponível em:
<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19311.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2024.

TRAVASSOS, C., DE CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 183-208. Disponível em:
<https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-10.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2024.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Olá! Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **Acesso da comunidade LGBTQIAPN+ às Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE**, sob a responsabilidade de Francisco Rodrigo Paiva dos Santos, mestrando em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, com orientação do professor Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro, professor do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará.

O convite é para o seguinte público-alvo que queremos alcançar: pessoas LGBTQIAPN+ maiores de 18 anos usuárias dos serviços de alguma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

OBJETIVOS DA PESQUISA: Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar o acesso das pessoas LGBTQIAPN+ nas UAPS do município de Fortaleza-CE e como objetivos específicos analisar a percepção das pessoas LGBTQIAPN+ sobre o acesso nas UAPS do município de Fortaleza-CE; descrever as características sociodemográficas de gestores e profissionais das UAPS do município de Fortaleza-CE; analisar a percepção de gestores e profissionais sobre o acesso nas UAPS do município de Fortaleza-CE;

METODOLOGIA: caso concorde em participar desse estudo, você participará de uma entrevista individual com perguntas direcionadas sobre a temática. A entrevista ocorrerá de forma remota, em dia e horários acertados entre ambas as partes. Esse momento será gravado para posterior transcrição das falas com o objetivo de realizar a sua análise temática. Somente participarão da entrevista o pesquisador responsável e o(a) entrevistado(a). A duração da entrevista será em torno de 30 minutos a 1 hora. Você terá a liberdade de não responder a perguntas que lhe sejam constrangedoras, serão respeitados seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como seus hábitos e costumes.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar o sigilo de sua identidade, a confidencialidade e a privacidade dos seus dados durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada. É assegurado seu acesso aos resultados individuais e coletivos desta pesquisa caso solicite-os por meio do endereço de e-mail mrpaivasantos@gmail.com.

Os dados desta pesquisa serão utilizados única e exclusivamente com os propósitos previstos aqui referidos. É assegurada a integridade dos documentos de dados provenientes dessa pesquisa para que não haja danos físicos, violação, cópias ou rasuras.

Os dados deste estudo serão armazenados em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos o pesquisador e seu orientador. Os áudios gravados serão transcritos para em seguida serem apagados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo seguro, por pelo menos 5 anos, conforme resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

RISCOS DO ESTUDO: É importante ressaltar que os procedimentos de coleta de dados não são agressivos ou nocivos à sua vida, e que você poderá estar sujeito(a) a eventuais desconfortos durante a entrevista, como constrangimento, aborrecimento e/ou não entendimento em relação a alguma pergunta ou ainda o desconforto em expor percepções e sentimentos sobre a sua vivência, que serão minimizados ou mesmo eliminados por meio de esclarecimentos sobre a pergunta ou da interrupção do grupo, buscando o diálogo sobre o fato.

BENEFÍCIOS DO ESTUDO: Os benefícios de sua participação não são diretos, porém você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre as perspectivas das pessoas LGBTQIAPN+ que utilizam os serviços da atenção primária à saúde nas UAPS de Fortaleza-CE, suas percepções em relação ao acesso a esses serviços, em suas diversas perspectivas como acolhimento, acesso à informação e qualidade de atendimento prestado. E assim contribuir com o debate sobre a saúde da população LGBTQIAPN+ e com esclarecimentos de algumas questões relacionadas a isto. Ainda podemos citar a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade a partir da geração de mais dados e informações sobre esse assunto, podendo subsidiar com dados científicos debates ou até outras pesquisas relacionadas aos temas de saúde, minorias sexuais e de gênero e políticas públicas.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o pesquisador por meio do email mrpaivasantos@gmail.com ou no telefone (85) 992739755. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00- 12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **Acesso da comunidade LGBTQIA+ às Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE**, eu, Francisco Rodrigo Paiva dos Santos, declaro ter cumprido as exigências conforme os princípios éticos que integram a Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Francisco Rodrigo Paiva dos Santos
Pesquisador

Esse termo foi elaborado em duas vias, sendo que uma das vias você (participante) poderá baixar após informar o consentimento abaixo, e outra de igual teor ficará guardada, sob sigilo, com os pesquisadores. Dessa forma, gostaria de saber se você aceita participar da pesquisa. Se você aceita, peço que sinalize abaixo.

CONSENTIMENTO

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

() concordo em participar () não quero participar

Participante da pesquisa

APÊNDICE B – PERGUNTAS NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

1. Você já teve dificuldade ou alguma barreira para acessar as Unidades Básicas de Saúde?
Se sim, quais foram?
2. Você já sofreu ou conhecem alguém que já sofreu discriminação/LGBTfobia em algum momento em que estava presente na Unidade de Saúde? Se sim, que situação foi essa?
3. Qual a sua opinião sobre o fato de que a discriminação e o preconceito a pessoas LGBTQIAPN+ serem barreiras para que elas utilizem os serviços da Unidade?
4. Que necessidades específicas para a população LGBTQIAPN+ você acha que podem e devem ser trabalhadas nas Unidades de Saúde?
5. O que você pensa acerca da importância da população LGBTQIAPN+ receber um tratamento voltado às suas demandas específicas nas Unidades de Saúde?
6. Que melhorias precisam existir nas Unidades de Saúde para o atendimento às pessoas LGBTQIAPN+?
7. Qual a sua opinião sobre o preparo dos profissionais das Unidades de Saúde para atender as demandas do público LGBTQIAPN+?
8. De que forma o enfrentamento a LGBTfobia deve ser feito nas Unidades de Saúde?

Pergunta disparadora, introdutória, utilizada a partir da 3ª entrevista

“Como você leu no termo de consentimento, a gente tá buscando histórias, narrativas, emoções, como você se sentiu ao procurar algum serviço de saúde, especialmente nos postos de saúde, mas você também pode falar de outros serviços se quiser, tá certo? Eu acho que esse é o pontapé da pergunta, depois a gente vai aprofundando o que for aparecendo”

APÊNCICE C – FORMULÁRIO DE QUESTÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS

1. Qual o seu nome?
2. Qual a sua idade?
3. Qual seu telefone?
4. Qual seu endereço de email?
5. Em que bairro você mora?
6. Qual a cor da sua pele?
 - a. Preta
 - b. Parda
 - c. Branca
 - d. Amarela
 - e. Outros
7. Qual a sua escolaridade?
 - a. Sem escolaridade
 - b. Ensino Fundamental incompleto
 - c. Ensino Fundamental completo
 - d. Ensino Médio incompleto
 - e. Ensino Médio completo
 - f. Ensino Superior incompleto
 - g. Ensino Superior completo
 - h. Mestrado
 - i. Doutorado
 - j. Pós-doutorado
8. Qual a sua renda média mensal?
 - a. Até R\$ 1.500
 - b. De R\$ 1.500 a R\$ 2.500
 - c. De R\$ 2.500 a R\$ 4.500
 - d. De R\$ 4.500 a R\$ 6.500
 - e. Mais que R\$ 6.500
9. Qual a sua identidade de gênero? Ou seja, com que gênero você se identifica atualmente?
 - a. Homem Cisgênero (meu gênero designado ao nascer foi homem e me identifico como homem)
 - b. Homem Transgênero (meu gênero designado ao nascer foi mulher, mas me identifico como homem)
 - c. Mulher Cisgênero (meu gênero designado ao nascer foi mulher e me identifico como mulher)
 - d. Mulher Transgênero ou Travesti (meu gênero designado ao nascer foi homem, mas me identifico como mulher)
 - e. Pessoa não binária (Eu não me identifico nem como homem nem como mulher)
 - f. Não quero informar
 - g. Outros
10. Você é uma pessoa intersexo? (*São pessoas que nascem com genitália e/ou características sexuais secundárias que fogem aos padrões socialmente determinados para os sexos masculino ou feminino*)

- a. Sim
- b. Não

11. Qual sua orientação sexual? Ou seja, como você gosta de se relacionar sexualmente?

- a. Heterossexual (Gosto de me relacionar sexualmente com pessoas do gênero oposto ao meu)
- b. Homossexual (Gosto de me relacionar sexualmente com pessoas do mesmo gênero que o meu)
- c. Bissexual (Gosto de me relacionar sexualmente com pessoas de ambos os gêneros)
- d. Assexual (Não sinto desejo de me relacionar sexualmente com as pessoas)
- e. Pansexual (Gosto de me relacionar sexualmente com qualquer pessoa independente do gênero dela)
- f. Outros
- g. Não desejo informar

12. Caso você pertença a algum grupo dentre os descritos abaixo, marque aquele a qual você pertence:

- a. Povos indígenas
- b. Comunidade Quilombola
- c. Povos ciganos
- d. Povos de terreiro
- e. Pescadores artesanais
- f. Assentados da reforma agrária
- g. Não se aplica
- h. Outros

13. Caso sua resposta na questão anterior tenha sido outros, escreva aqui a que grupo você pertence:

APÊNDICE D – COLETÂNEA DE TODAS AS FALAS EM SUAS RESPECTIVAS CATEGORIAS

CATEGORIA: PROBLEMAS NO ACESSO

Subcategoria: LGBTfobia velada

“o enfermeiro, em vez de colocar a agulha para eu tomar o remédio na minha veia, no meu braço, colocou no meu músculo, e tava inchando, eu estava me sentindo muito mal, e a única assistência que eu recebi foi um saco para eu vomitar, eles não vieram me dar nenhum outro tipo de assistência ou me examinar, então isso me pegou muito, por conta que eu vi todas as outras pessoas sendo atendidas muito bem menos eu, e isso foi muito gritante” (ENT 18, HOMEM TRANS)

“é incômodo você chegar no lugar e de repente a pessoa ficar parada olhando tentando te analisar né porque eu sei que se chegar lá um homem ou uma mulher é automaticamente o esposo dela e pronto. Entendeu?” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“é a questão de você ser ridicularizada, é a questão da pessoa ficar te olhando diferente, então tudo isso eu passei” (ENT 17, HOMEM TRANS)

“a gente percebe, olhares, o tratamento” (ENT 2, MULHER TRANS)

Você fala que é o ó ir pro ginecologista por conta que foi que já houve? “Porque quando a gente fala que a vida sexual ativa é com mulheres, sempre rola umas coisas assim, meio estranhamento, sabe?” O que foi que você já escutou? “Teve uma vez que a mulher pegou e disse, você já está sexualmente ativa? Eu só, assim, estou. Minha vida sexual é com mulheres. Aí ela: ah... Aí eu percebi uma alteraçãozinha assim dela comigo, sabe? Tipo começou a me atender diferente, sei lá. Como estivesse com nojinho, não sei. Isso é uma memória que eu tenho, assim (...) É tanto que é uma especialidade que eu não gosto de ir muito ultimamente.” (ENT 13, MULHER LÉSBICA)

“eu sinto, uma vergonha muito grande, fazer consultas, exames que ginecológicos, na verdade, sempre gera aquela surpresa nas pessoas, e veio alguém com a minha aparência chegando para essa especialidade, e eu acho que isso pode ser mais amplamente divulgado, para que seja naturalizado, como um serviço, realmente, e não uma coisa assim, uma surpresa.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

E mesmo com essa, com todo o acompanhamento da endócrino, as farmácias muitas vezes negavam? “Isso”. E qual era a justificativa que você ouvia pra elas não aplicarem? “A maior justificativa, primeiro, tinha o problema com o medicamento, o medicamento, eu utilizo a Deposteron, e aí essa Deposteron, tudo testosterona na verdade, que é aplicada, ela é um pouco mais viscosa, né, o líquido ele é um pouco mais viscoso, e aí a primeira justificativa que davam é que eles não tinham a competência de trabalhar com esse tipo de viscosidade, pois iria quebrar as seringas. E aí o que eu acho errado, porque um profissional que está em campo de trabalho tem que ter sim essa competência, já que eles ofertam esse tipo de serviço.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

“nós que somos desse meio a gente muito das vezes somos atacados por nada né a gente só pelo fato de ter uma relação que não tá mexendo com ninguém somos atacados então assim quando eu entro isolado sozinho, eu não tenho medo agora se ela tiver presente que sempre tem que perguntar tipo: ‘ah quem é ela?’ Sempre quando eu vou fazer um exame que ela me acompanha ‘ah, quem é ela? porque ela tá aqui?’ entendeu? É sempre muito chato porque automaticamente meio que a visão muda um pouquinho e não é porque a pessoa fica...como é que eu posso dizer o tempo todo fissurado em mim o tempo todo pensando se ai vai ou não vai me tratar bem ou mal é porque realmente você sente a pessoa muda o olhar, muda o jeito de falar entendeu?” (ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“eu não sou bem normativo, né? Às vezes estou com roupa curta, meu cabelo é grande, às vezes estou com a unha pintada, tudo mais, a gente vê o acesso de chegar lá e já ser mal olhado, né? Tudo mais, o pessoal olhando pra gente, ah, é um menino com cabelo grande, um menino com a unha pintada, com short curto e tal.” Você percebe isso vindo tanto dos usuários como dos profissionais? “É, mais ou menos, mais dos profissionais

mesmo, que não acho tão preparado assim pra receber a diversidade do público que eles têm que atender.”(ENT 19, HOMEM GAY)

“Acho que o mais é só isso mesmo. É, tipo, aquele olhar, tipo, de julgamento. Que você fica até um pouco acanhado, né? Vala, meu Deus do céu, será que eu tô sujo? Será que eu fiz alguma coisa? Você, tipo, meio que tem que relevar, porque você precisa daquele atendimento e tudo mais. Mas eu nunca senti, tipo, uma ignorância e tudo mais, assim, tipo... Palavras ofensivas, mas o olhar de julgamento e tudo mais, já senti.”(ENT 19, HOMEM GAY)

“se eu estou no posto, eu olho o entorno, eu não olho a pessoa, eu olho o entorno pra ver o rosto, a expressão corporal, tudo. O que você não quer né me verbalizar. Então, ali eu já olhava, já tinha o mapeamento pronto. E era assim, quer dizer, você, quando a pessoa chegava e se identificava, aí a atendente já virava e dizia: ‘o quê?’(em tom de surpresa, deboche), entendeu? Aí a pessoa repetia de novo. E a pessoa atendia, aí eu tava por ali, já tava sentindo o clima: ‘porque que não pega documento? porque a lei é essa, meu anjo’(como se tivesse falando para a pessoa da cena). Então, quando eu tô no lugar, eu sempre entro em defesa, porque sempre tem alguém, lamentavelmente ainda tem alguém que faz alguma coisa esculhambada.”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“Em todos os lugares, em todos os cantos já olham torto pra mim, já me tratam diferente. Em todos os lugares que eu caminho. Enfim, a minha vida, estar em sociabilidade é lidar com certos exílios, não sei. Enfim, é muito louco” (ENT 13, MULHER LÉSBICA)

“mas em um momento acompanhando minha namorada num hospital de saúde pública, foi o HGF, se eu não me engano. Bom, enfim, mas acho que a questão do incômodo por perceber olhares.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“Até então isso nunca aconteceu de cara, de fato, mas percebo a diferença no atendimento, na questão da gentileza, acho que essa é a palavra, a questão da atenção mesmo, do que a gente tem para falar, do que a gente tem para contar sobre sintomas ou alguma coisa nesse sentido. Essas foram inclusive coisas que notei dessa vez que nós fomos.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“mas para você que vai fazer um exame que sei lá não tem nada a ver com a genitália eu acho que fica um pouco chato você ficar insistindo e aí quando a pessoa acaba dizendo que tem uma relação homoafetiva aí tipo tem aquele ‘ah, tá explicado’ entendeu?”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“porque lidar com a transfobia social em relação a como as pessoas olham para mim eu não ligo. Esse olhar torto, esse olhar indiferente, é uma coisa que é comum. Eu só sou uma pessoa que rebato esse tipo de atitude quando as pessoas me encaram muito. Eu pergunto se tem algum problema, mas é recalque que eu sou belíssima. Estão me encarando, me olhando demais é porque é recalque, sou linda, sou alta, sou padrão. Infelizmente sou padrão, mas isso não é negativo, isso é bom. Infelizmente. Mas o que seria mais feliz era que todo mundo fosse respeitado, independente de estar dentro ou não do conceito padrão, mas enfim.”(ENT 6, MULHER TRANS)

Você percebe preconceitos implícitos, como em olhares, piadinhas... “Ah, com certeza. Com certeza. Não, acho que piadinha nunca, nunca cheguei a esse nível, mas tipo assim, sempre tem uma questão das pessoas ficarem, tipo, encarando, sabe. Sei lá, tipo, hoje em dia não, porque eu acho que hoje em dia ele já tá muito, digamos, uma coisa avançada da transição, então, tipo... Não, não, não passa muito por isso, mas era difícil antes assim, era mais complicado. Que era aquele tipo de pessoa que você olha, tipo, sei lá, o pessoal ficava, sei lá, intrigado, eu não sei, as pessoas não são discretas. E é isso assim, mas agora depois de, eu acho que um ano e pouco, em transição, as coisas estão melhores nesse sentido.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

Se você fosse classificar a dor que isso gera, né, esses olhares e tudo mais em você, você daria, assim, que nota? 10 a pior dor, sendo a pior dor. “Eu acho que 7, assim, 7 pra 8, não sei.” Não é com você, mas lhe incomoda esse ponto, né? “Sim, porque quando acontece com as pessoas que a gente ama, é quase como se fosse com a gente. E você tá, você acaba andando ali no meio, né, porque tipo, você tá andando de mão dada, você, enfim, você é namorada dessa pessoa, então você tá ali, né, com ela na situação.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

“o que acontece é às vezes é só a pessoa, não não é ela, ela não te expõe a tela, não tem como saber através do sistema mesmo qual o nome lá tudo correto, mas aí quando você entra na sala pra fazer o exame, aí a pessoa vai comenta: ‘nossa, mas você engana muito bem, eu nunca ai imaginar’. E eu não tô enganando ninguém, entendeu?”(ENT 10, HOMEM TRANS)

Subcategoria: Público LGBT ligado à ISTs

“Em 2022 mais uma vez eu precisei dos serviços de saúde também pela questão dessa dor abdominal e repetiu-se o procedimento, mas dessa vez uma outra unidade de atenção primária (...) e nessa UAPS também quando eu cheguei e busquei a consulta com o clínico geral então antes de ser atendida pelo clínico, me direcionaram à sala da enfermagem para na sala da enfermagem coletar sangue e mais uma vez fazer um teste rápido de IST e eu lembro de mais uma vez questionar com a enfermeira sobre esse procedimento e a profissional apenas diz que ‘desculpa, mas você já veio direcionada para cá da triagem, já foi direcionada para cá, então eu só faço o que a triagem me encaminha’ e depois eu fui atendida pelo clínico e também não quis procurar ouvidoria para isso.” (ENT 3, MULHER TRANS)

“e aí, são situações que, principalmente os meninos gays, eles não, até então, tinha essa questão, essa mácula de associar o HIV como algo somente do gay, e a gente sabe que não, o HIV, AIDS, a gente sabe que é pra quem é transante, pra quem não tem acesso ao preservativo, ou por quem negligencia, né, enfim, não está com a questão moral de julgar as pessoas, mas, qualquer um de nós que somos transantes, somos passivos a ter ISTs, né”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“por exemplo, eu e meu namorado, a gente teve aquele negocinho na pele e tal, e a gente foi fazer os exames e tal, para ver se estava tudo certo, e a gente percebe certos olhares, certos pré-julgamentos, tipo assim: ah, já sei por que é. Entendeu?(ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

“Numa emergência particular é muito comum acharem que eu tenho um AIDS. É muito normal acharem sempre de fazer algum exame, né?”(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

“E aí sempre tem uma desconfiança em relação a alguma doença sexualmente transmissível. É muito engraçado como eu vim percebendo isso com o tempo. E isso é desde minha adolescência, mas eu vim percebendo com mais frequência agora, depois de adulta, que eu tô indo mais pra hospital.”(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

E você acha que eles não pedem esses exames para pessoas não LGBT? “Não sei, porque eu percebo essa diferença, já perguntei a uns colegas, assim, professores, todos eles: não pediram esses exames, não.” Você ouviu esses relatos, né? “Às vezes com o mesmo, é, com o mesmo relato, entende? Vomitando, com dor de barriga, enfim, coisa assim. E aí, meus colegas: não, não pediram esses exames, não. Eu já venho desconfiando disso, e aí parece que agora eu tô mais atenta, né?”(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

“Aí ela foi falar com a enfermeira e tudo e aí ela voltou me informando que eu não poderia fazer o teste rápido naquele dia, porque não era o dia da minha enfermeira, da minha área, fazer teste rápido. E aí eu fiquei, assim, sem entender, né, porque eu, tipo assim, realmente tem dias que as equipes, né, tem dias que as enfermeiras fazem determinadas atividades pras pessoas que são, tipo assim, aí, da rua dela, mas teste rápido é algo que tem que ser feito todo dia por qualquer profissional capacitado pra isso.(...)E aí ela disse que eu deveria ir pra outra unidade básica de saúde ou então que eu fosse pro São José, que era um lugar onde tratava e diagnosticava esse tipo de coisa, ainda usou as aspas com as mãos”(ENT 9, HOMEM GAY)

“Porque lá eles entendem, né, que a maioria das pessoas que buscam informação a respeito desse assunto são pessoas LGBTs, porque são pessoas que a gente já se vê marginalizado, a gente já se vê à margem da sociedade. Então acaba que a gente tem essa maior preocupação de buscar informação, sabe? Então acaba que a maior parte das pessoas que se encontram nesses locais, seja se testando, seja pra iniciar uma PrEP, seja pra tirar uma dúvida, é a nossa comunidade, somos nós LGBTs.”(ENT 9, HOMEM GAY)

“quando você vai num local desse, é como se fosse assim, ali é a, digamos assim, a unidade dos gays, e que na verdade não são só os gays que devem procurar essa questão em relação à saúde, a população em geral, só que justamente pela própria discriminação, as pessoas apontam como se fosse só os gays, então ali é a ala dos gays, onde eles vão fazer os exames, que não era para ser, né?”(ENT 4, HOMEM GAY)

“eu já senti um outro problema...foi que eu cheguei com a demanda da crise de dor abdominal e o posto de saúde, o primeiro procedimento que fizeram comigo foi coletar meu sangue para fazer testes rápidos de IST,

então eu fiz, primeiro fiz exame para saber se eu estava com HIV, sífilis, outras IST, deu tudo negativo, e eu inclusive até comentei para a enfermeira, puxa vida, eu estou sentindo dores abdominais e o primeiro procedimento é verificar se eu estou com IST?... então eu acho que se fosse um procedimento padrão a todas as pessoas que chegassem na unidade básica de saúde ou no serviço de saúde, fazer um teste rápido com todas as pessoas eu não veria problema em eu ser mais uma a fazer, mesmo com as dores abdominais me incomodando, mas eu percebi que foi por me reconhecerem como membra do grupo de risco onde mais existem ocorrências de IST e a prioridade no meu atendimento foi garantir que eu fosse logo atendida pela dor abdominal, mas sim em fazer a coleta de sangue e o teste rápido, ainda me pergunto talvez depois do exame me oferecerem, me perguntarem, você gostaria de fazer o teste rápido para a IST? eu acho que teria que ser uma oferta, não uma imposição, e acabou sendo uma imposição porque eu não tive nem como intervir, eu não tive como dizer assim, não, eu não quero fazer”(ENT 3, MULHER TRANS)

“Eu considero que existem práticas discriminatórias sim a partir do momento em que uma triagem encaminha uma pessoa para fazer um teste rápido de IST sem ela pedir, sem ser oferecido a ela, sem que ela tenha o direito de dizer sim ou não a oferta do teste rápido”(ENT 3, MULHER TRANS)

Subcategoria: Falta de tratamento humanizado

“recentemente, ano passado, na consulta de saúde sexual reprodutiva, no Papa Nicolau, eu tive um pequeno susto, porque assim, eu sou uma mulher bissexual, mas eu estou no relacionamento com uma mulher há muitos anos. Vamos fazer seis anos juntas agora (...) E aí, na hora da consulta, me deu a impressão de que elas iam usar o espêculo grande, só dentro da perspectiva de que eu sou uma mulher grande. E a enfermeira não me perguntou na hora da entrevista minha orientação sexual, né? Aí eu me senti na obrigação de falar que eu era uma mulher, que tinha relação sexual somente com outra mulher. Então não fazia sentido usar o espêculo grande. Aí elas ficaram até: ‘não, tudo bem, não sei o quê, a gente não ia usar, não. A gente nem usa mais’”(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

*Essa experiência do exame, do Papa Nicolau, você acha que foi constrangedor, foi chato você passar por isso?
“Com certeza. E eu acho que, assim, existe uma diferença entre eu, que já sou profissional da saúde, e sou enfermeira, sou da área, estudo isso. É uma das minhas áreas de maior afinidade, inclusive, na área da APS. Ver a falta de tato dos profissionais, sabe? De explicar pro usuário, de não ter essa paciência, de fazer com que a gente se sinta à vontade. É um exame já tão desconfortável como um todo, né? E aí acaba que você vê que o profissional não tem uma certa empatia de explicar como é que vai ser o processo, e eles estavam com uma interna, inclusive, tinha uma interna dentro da sala, e em nenhum momento foi pedido a permissão, sabe?”(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)*

“quando eu busquei o posto de saúde, quando eu busquei por várias vezes ser atendido pelo SERTRANS, foram constantes, porque você não, na verdade, a porta, se seguisse a legislação, a porta de entrada é o posto de saúde, entretanto, aquela porta estava travada, porque ou por preconceito ou por transfobia, aquele posto de saúde, o diretor, os médicos, os faxineiros, pessoas do administrativo, recepcionistas, por preconceito, não acolhia bem as pessoas trans, ou não acolhe, podemos dizer, ou mesmo por uma questão de que a gente, nós geramos várias legislações, normas, mas a gente não consegue pôr em prática né, e de forma, assim, humanizar mesmo a pessoa trans, porque as pessoas, a sociedade, está sempre acostumada a nos colocar como coisas diferentes do que é ser humano”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“No posto de saúde que eu fui a situação mesmo é na recepção. Nessa segunda vez eu consegui falar com a enfermeira, e ela me tratou com o nome social, o nome social bem direitinho. Normalmente a questão é com as pessoas da recepção, pessoas que são transfóbicas, de não terem esse tato de perguntar como você gostaria de ser tratada.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“é algo que é até muito irônico, né, no sentido de parece que a gente é mais destrutado pelos próprios profissionais da saúde do que pela população em geral. A gente é mais destrutado pelas pessoas que têm acesso à informação, ou que tem uma noção do que minimamente o que o acolhimento ideal deveria ser, sabe, do que uma escuta ativa deveria ser. E eles não fazem isso”(ENT 9, HOMEM GAY)

“não é um atendimento nem capacitado, muito menos humanizado”(ENT 8, MULHER TRANS)

“o médico que me atendeu, ele foi extremamente paia, né, porque ele começou a dizer que eu não tinha nada, que ele basicamente, ele quis dizer que eu estava fingindo uma doença, quando na realidade eu realmente estava mal, a garganta realmente estava inflamada”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“teve uma doutora, essa mesma doutora, que a gente não conseguiu fazer a mudança, né, do nome. Ela foi muito ríspida, não sei, a gente percebe que o jeito de tratar muda. E não há respeito também, não há questionamentos sobre como a pessoa se sente confortável, sobre, não tem acolhimento mesmo, assim, muitas vezes.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

“Aí fiz o atendimento com o clínico geral, reclamei para o médico: doutor, fizeram o teste rápido comigo antes aqui do atendimento com o senhor, não gostaria desse procedimento, não acho correto...e a única coisa que o profissional fez, não houve muita empatia, ele pareceu não se importar com a minha queixa, ele apenas me orientou que eu buscasse a ouvidoria. E como eu estava com dores abdominais, já tinha sido atendida, o que eu mais queria era voltar para casa e continuar a descansar para me recuperar, então eu não busquei a ouvidoria, e também porque eu não havia sentido empatia do médico que me atendeu.”(ENT 3, MULHER TRANS)

“E também a falta de empatia, também eu acredito que é uma forma discriminatória, porque o que eu esperava dos profissionais era algo do tipo: Eu vou tratar com a coordenação, ou eu vou tratar com a direção, eu vou tratar com a instância superior... E tentar dar uma garantia para a pessoa que é paciente, e a gente promete que nós não vamos mais repetir essa prática dentro dessa unidade(...) Porque a partir do momento que os profissionais não têm a empatia de dizer o que vão fazer com aquele problema que você está reportando a esses profissionais e devolvem esse problema para você e diz assim, você vai então e registra na ouvidoria, muitas vezes a pessoa paciente pode estar ou fragilizada como eu estava ou ela pode não se sentir confiante, apoiada o suficiente para fazer a provocação oficial à ouvidoria”(ENT 3, MULHER TRANS)

Subcategoria: evasão dos serviços por LGBTfobia

Isso é um fator que te afasta dos postos de saúde? “É, seria um deles” (ENT 19, HOMEM GAY)

Chegando, chegando a ser, tipo, impeditivo de você ir para os postos? você se negava, pensava duas vezes, em ir? “É, Tô nessa vibe aí. Não pro posto de saúde, né? Mas de emergência, de tudo em relação à saúde. Eu tô muito nessa, eu não sinto, assim, eu vou porque é forçada mesmo.(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

Você acha que esses tipos de atitude afastam as mulheres, especialmente as mulheres bissexuais, lésbicas, desse tipo de atendimento? “Com toda certeza (com ênfase), com toda certeza, assim. Eu tenho uma rede de amigas lésbicas, bissexuais, assim, e é realmente um estresse essa questão da ida ao ginecologista, porque a gente não se sente à vontade, né, para comentar, sofrer algum tipo de, ter um receio de sofrer algum tipo de violência, seja a violência de querer empurrar contraceptivo, seja a violência de negação mesmo da sexualidade, de achar que é virgem, porque nunca transou com cara, mas com certeza isso afasta as pessoas e faz com que, principalmente as pessoas LBTs que precisam dessa atenção também, né, muitas vezes têm comportamento de risco, nem elas sabem que tem comportamento de risco, e nem os próprios profissionais sabem o que é um comportamento de risco que não envolva penetração, então é bem complicado” (ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

“É tipo isso, eu vou à força”.(...) Mas você acha que não vai por conta disso, desse receio? “Exato. É, porque é um saco, às vezes.”(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

E você associa esse não retorno a essa experiência que você teve com essa médica? “Eu nunca tinha me tocado disso, porque eu sempre fui uma pessoa que encoraja outras pessoas a buscarem ajuda médica e tal, mas nessa área especial de consultas ginecológicas, realmente, eu só deixei em um outro plano na minha cabeça, assim, não fui, não voltei durante muito tempo, eu voltei quando eu realmente precisei, estava com alguns sintomas e precisei, e eu acredito, inclusive, que poderia ter sido prevenido se eu tivesse mantido uma frequência, né?”

Sim, sim. “Na época, eu fui expulsa de casa, porque minha mãe descobriu que eu era lésbica, né? Eu tinha entre 16 e 17 anos, mais ou menos, fui morar com uma amiga, então, eu estava muito assim por mim, e acho que já estava numa situação meio vulnerável em relação a isso, e talvez essa pergunta né me fez, não sei, achar que ali não era o lugar para mim, e eu não queria lidar com tipo de pergunta desse jeito, era muito nova, então, em alguma parte da minha cabeça, eu também achava que estava fazendo alguma coisa errada, que era uma pessoa errada e tal, não sei, mas acho que se eu parar para pensar um pouco mais nessa situação, tudo se encaixa.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

Você chegou a retornar lá? “Não, porque infelizmente eu não quero ter que passar por isso de novo, entendeu? Porque eu sei que se eu vou lá vai ser do mesmo jeito” (ENT 9, HOMEM GAY)

Subcategoria: onde está o preconceito no percurso do atendimento?

“Eu tive sorte de, enfim, estar indo lá para resolver o problema que eu tinha para resolver e resolveram, não fui tratada. “ Quando você fala que teve sorte, é porque você já escutou relatos ruins de outras pessoas? “Sim, mas é porque as minhas demandas eram diferentes das outras pessoas, porque no caso a minha demanda enquanto pessoa trans e acesso à saúde, eu já acessava tudo ambulatorial. As pessoas que eu escutei terem queixas eram que queriam acessar endocrinologista, ainda escuto queixas de que através do posto foram atrás de endocrinologista e o profissional não quis atender a demanda trans. Às vezes é... de não entender como dar encaminhamento para o ambulatório, coisas assim. Nunca escutei nada mais extremo não, mas é isso. Eu nunca fui tratada. Não sei se é porque eu sou a musa do nome social, tem um cartaz aí estampado com eu fazendo propaganda para o governo do estado, mas eu nunca tive nenhum problema não, sempre foi muito tranquilo.”(ENT 6, MULHER TRANS)

“E daí, quando você tinha apenas ali o nome social, você já tinha constrangimento no momento que você entra na unidade base de saúde, no posto de saúde, porque a gente vê a negligência ou a falta de conhecimento, desde o mais simples servidor ali do posto de saúde, até o mais alto, que foi, podemos falar de médicos, diretor de postos, que ainda não compreendia” (ENT 17, HOMEM TRANS)

“É meio que as pessoas que estão mesmo no posto, frequentando por exemplo, tem ali uma fila de senhora. Ah, é tiro e queda.”(ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

Você sente mais desrespeito do seu nome social é na recepção? Quando chega nos profissionais você também diz: Eu gostaria de ser chamado com meu nome social, eles respeitam? É mais fácil lhe respeitar? “Não, também não. Nem a recepção nem os médicos.”(ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

Você percebe que o nível de preconceito, ele é maior na recepção, na chegada, ou com os profissionais? “No médico.” Com os profissionais? “No médico.” No médico mesmo? “Sim.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

Subcategoria : evasão dos serviços por falta de discrição

“o jovem, por exemplo, muitas vezes vai pegar a camisinha num posto lá do outro lado, à distância da casa dele, porque se ele mora ali perto do posto, todo mundo se conhece. Quem trabalha no posto se conhece, todo mundo. E aí esses funcionários, eles não têm o crivo do sigilo. E aí eles saem falando, comentando, rindo, a fulaninha vem aqui, a fulaninha vem aqui e pegou um bocado de camisinha, pronto já é puta, que é essa a entonação que essa moçada dá.”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“Com certeza, talvez sim, por conta da discrição mesmo que não houve. Inclusive, já vi vários relatos de outras pessoas que sofrem esse tipo de vergonha e aí acabam não querendo procurar.(testagem para ISTs)”(ENT 4, HOMEM GAY)

“Foi na hora de chamar pra fazer o exame, fulano de tal, aí você leva outra mão, bora lá fazer o exame do HIV, ou então, e na hora que sai o exame também, bora lá receber seu exame, fulaninho, não sei que... Esse tipo de fala é que poderia ser diferente, principalmente numa rede pública onde lá estava lotado e sempre está lotado, pelo que eu sei, e que a abordagem é bem rústica, digamos assim.”(ENT 4, HOMEM GAY)

“Um amigo meu mesmo, um amigo muito próximo, ele não fez o teste, justamente por vergonha mesmo, por chegar lá no mesmo local que eu fui, lá no Jacarecanga, e senti muito invadido, ele ficou com muita vergonha, e aí ele disse, eu vou embora antes que chame o meu nome, porque eu não vou conseguir me identificar, justamente por ele ver a forma que os outros estavam sendo chamados, e aí acabou indo embora sem fazer o exame, por vergonha mesmo, porque ele disse, não, eu não vou conseguir me identificar e não vou conseguir aguardar o exame, porque da forma que eles estão fazendo aqui, e acabou não fazendo por essa questão.”(ENT 4, HOMEM GAY)

Subcategoria: automedicação

"Porque ainda por conta dessas barreiras e desrespeitos, a nossa população trans e travestis evita procurar os postos de saúde e se medica. Esse auto se medicar isso é muito perigoso para a saúde da nossa população." (ENT 1, MULHER TRANS)

“Se tem algum problema, ou mesmo com a terapia hormonal ou infecção urinária, qualquer tipo de problema que vem, a pessoa vai procurar a automedicação, ir numa farmácia, no doutor google, as pessoas acabam evitando de procurar o acesso aos serviços de saúde.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

E a dor passou ? Como foi que você resolveu o problema? “Eu pedi pra minha avó o remédio dela, ela tem problema ósseo também, toma remédio pra dor, um remédio fortíssimo, paco, eu pedi pra ela e tomei por uns dois, três dias seguidos. E aí, sumiu, mas é uma situação que eu sei que eu tô só protelando, não tô me livrando dela, que eu vou ter que em algum momento ver como é que eu tô, ver como é que eu posso me encaminhar pra fazer uma histerectomia, já que é incompatível eu ter esses órgãos com o hormônio que eu tomo e eu não pretendo gerar um filho biológico, não tenho necessidade de manter esses órgãos. Então, eu sei que em algum momento, isso que eu tô protelando, que eu tô evitando, eu vou ter que encarar.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

Subcategoria: medo de sofrer LGBTfobia

“eu fico muito receosa de não ser atendida ou então de demorarem mais a nos atender, não sei, de ser destratada ou esquecerem um remédio ou alguma coisa assim.” (ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“Eu acho que evitar, evitar já não é mais o lugar, já, já venho encontrando mais profissionais que acolhem, mas eu me sinto nesse lugar de estar preparada, né, de precisar me preparar emocionalmente, psicologicamente caso alguma coisa assim aconteça, e para além da sensação de vulnerabilidade por questões de saúde, né, por questões de saúde dela, ou de estar buscando alguma, algum diagnóstico, algum remédio e tal, que já é uma situação que a gente já fica mexido, né, ter essa atenção redobrada assim, esse medo de não ser bem tratado ainda é uma, ainda é frequente, ainda existe.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“eu tomo PrEP, certo? E aí, agora, foi aprovado, né, a vacina da HPV, pra as pessoas que tomam PrEP. E eu já conversei com a minha enfermeira e não sei o quê (...) Só que eu já estou extremamente ansioso pra quando eu chegar aqui no posto, que eu entregar a declaração, né, a informação pra me vacinar com a HPV, como que elas vão lidar com isso? Porque é uma coisa que eu já tenho que começar a pensar nas respostas que eu vou dar pras possíveis indagações. Porque, infelizmente, parece que determinado tipo de ações em saúde pra gente é tudo mais dificultoso. Então, é uma ansiedade que tem me gerado de saber de que eu vou, provavelmente eu vou ter que lidar com alguma determinada situação desconfortável.”(ENT 9, HOMEM GAY)

“Sempre gera ansiedade, sempre gera um incômodo, sempre gera a vontade de não ir por conta disso.”(ENT 15, MULHER TRANS)

E você já ia esperando ter o seu direito violado? “A gente já antes de sair, já vai com aquele pesar, né? Aquela resistência de: poxa eu sei exatamente o que eu vou passar quando eu chegar lá...”(ENT 10, HOMEM TRANS)

Mas você considera que tem vergonha ou medo de sofrer transfobia se você solicitar uma consulta ginecológica no posto de saúde? “Sim, com toda certeza. O meu medo maior é muito particular, tem alguns garotos que preferem ter consultas com homens e outros preferem ter consultas com mulheres. Eu particularmente prefiro ser atendido por uma médica mesmo, uma mulher ginecologista. Não me sentiria à vontade se fosse um homem. Se fosse uma mulher eu também tenho as minhas questões e tenho medo de sofrer transfobia, mas seria algo mais suportável do que ser atendido por um ginecologista homem.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

Você acha que pesava muito para você esse medo da transfobia, de ir para os serviços de saúde e sofrer novamente? “Sim. Sim, pesava demais. Porque eu sempre pensava tanto na transfobia, do constrangimento de como seria tratado, desde lá do guichê, do cadastro, na frente de outras pessoas que estão lá, quanto no médico mesmo, de chegar no médico e citar para ele a minha demanda e ele só olhar para minha cara e dizer que não atenderia, né? Ou que não saberia, que fica aquela coisa, ah, eu não sei atender a sua demanda, mas faça esses exames aqui que eu vou olhar, que é o que normalmente acontece. E o que eu fico percebendo é que, como é um serviço público, não tem como eles negarem mais a fundo esse atendimento, digamos assim, né? Então o que eles fazem? Ah, não conheço a demanda, mas faça esses exames aí que eu olho. Então é basicamente tipo, bom, ele não conhece a minha demanda, mas infelizmente eu tenho que me contentar de que pelo menos um exame eu vou fazer para ele dizer, pelo menos, se tá alta se tá baixa, a minha testosterona, entendeu? Então é tipo, ah, não é especialidade, mas eu vou aceitar o que tá tendo.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“Então eu percebo muito que tem esse medo da transfobia e que ocorre, que muitos relatam que ocorre”(ENT 7, HOMEM TRANS)

CATEGORIA: TRANSFOBIA NAS UAPS

Subcategoria Desrespeito ao nome social/pronomes

“então é desde a moça que vai tá atendendo, em que muitas vezes há pessoas que ainda usam o nome social, né? Por diversas razões, e que por mais que a pessoa chegue lá e diga que o nome dela não é aquele que está no RG, então essa pessoa, ela teima, ainda em chamar, mesmo ela vendo ali na frente dela, uma figura, é... uma mulher, mas ela teima em chamar aquela mulher a qual a própria usuária, ela se diz, olha, não é esse nome aí, eu me identifico como tal, e não ser respeitado, né?”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“a maioria das queixas se concentra na confusão dos pronomes, de as vezes pessoas trans femininas serem tratadas no masculino e vezes em que homens trans são tratados no feminino durante os atendimentos. E isso ainda é raro mas continua acontecendo”(ENT 3, MULHER TRANS)

“Então, essas duas situações tiveram outras referente a nome social, que eu vivi em UPAs, e não foi só uma vez, foram várias que eu solicitava o nome social, diziam que estava tudo certo, só que na hora de chamar, chamava o nome civil, né? Então, foi bem paia mesmo no início da transição.”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“A situação foi comigo, né? Mas já aconteceu com outras pessoas, travestis e trans que já frequentaram a saúde básica, ainda volta a bater na questão dos prontuários médicos, na questão do nome social e da melhor capacitação desses profissionais a atender a população trans, travesti. Porque eu passei por muito vexame. O atendente lá do posto de saúde, me chamou de senhor. Eu disse, opa, como é? Ele: “não é por respeito”. Não! por respeito não! Sou senhora! Eu sou ela, eu sou dela e meu nome é XXXX, tá aqui o meu RG. Você precisa respeitar o meu nome social!(...) O nome social ainda, infelizmente, é desrespeitado nos prontuários médicos, nos receituários”(ENT 1, MULHER TRANS)

“o não respeito ao uso do nome social, como aconteceu no tempo da pandemia, da vacinação, que muitas pessoas reclamaram que os profissionais não estavam emitindo o cartão de vacinação com o nome social do qual a pessoa se identificava, por mais que tivesse o cartão do SUS com o nome social, porque elas diziam que não era o normal fazer aquilo.”(ENT 2, MULHER TRANS)

“ele (o médico) me tratou extremamente mal, não queria respeitar meu nome social, e disse que se eu não estava me sentindo bem, que era problema mental, tinha que ir para o hospital mental, no meu local não era o posto, aí eu entrei numa crise de ansiedade, em decorrência desse episódio que aconteceu”(ENT 7, HOMEM TRANS)

E quando você ia para fazer vacina, exames de sangue, eles lhe tratavam pelo nome social? “Não, só pelo nome civil que constava em meus documentos” Então todas as vezes que você foi lá, nenhuma vez foi respeitado o seu nome social? “Não”(ENT 15, MULHER TRANS)

“voltei para esse hospital e em determinado momento precisei fazer exame de sangue e na hora de fazer a coleta do exame de sangue foi quando eu soube que não tinha sido registrado meu nome social na recepção, que eu informei. Eu havia entregado o meu documento, meu registro civil, que é o registro civil expedido em 2016, portanto ainda não tinha o campo do nome social e eu entreguei junto a esse documento um papel com o nome social escrito por extenso para facilitar para o profissional registrar mas o profissional que estava na recepção que eu lembro muito bem que era um homem, ele não registrou e só quando eu fui fazer o exame de sangue que eu soube que não tinha o nome social e aí a profissional que foi coletar o meu sangue ela perguntou qual era o meu nome social e colocou lá no frasco e colocou de caneta na minha ficha ela escreveu de caneta o nome social na minha ficha que ela recebeu”(ENT 3, MULHER TRANS)

“A princípio eu não tinha retificado meus documentos e isso sempre foi um transtorno porque algumas pessoas não, não respeitava o nome social e acabavam fazendo a chamada, pelo nome civil, que eu não gostaria que fosse exposto, né, e isso sempre foi um transtorno”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“eu tive dificuldade para registrar o meu nome social, 2017 foi o primeiro ano em que começou a valer o decreto estadual número 32.267, se eu não me engano, que tratava sobre o nome social, então por ser no primeiro ano desse decreto, a maioria dos serviços públicos ainda não estava com profissionais treinados para

acolher o nome social(...) eu perguntei sobre o nome social, ao que a atendente me informou que o sistema ainda não tinha esse campo do nome social para registro, só havia um único campo de registro para nome completo e esse registro tinha que ser feito com o nome civil, o nome que estava no RG”(ENT 3, MULHER TRANS)

“só que nesse dia eu precisei ir porque como eu passei mal dentro da empresa por conta de uma questão que aconteceu lá, eles me levaram para lá, para o pronto socorro do plano de saúde, e ao chegar lá, a pessoa ficou falando várias vezes o nome civil, por mais que eu tivesse dizendo que meu nome social era XXXX”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“logo quando começou a questão de você poder usar o nome social, agora tá mais tranquilo. Mas quando teve essa mudança, meu Deus, era um absurdo que você ouvia, entendeu? Era um absurdo. Desde o porteiro do posto, que a pessoa acabava de passar e ele já fazia algum comentário”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“e aí ela começou a dizer: ‘não, mas é porque o nome que tem aqui é tal e a foto de uma mulher, infelizmente eu não vou poder deixar o senhor ter acesso ao atendimento’. Porque ela meio que quis dizer que era fraude ideológica, até que a gente teve que chamar o superior dela e o superior chamou, acho que o gerente, não sei, lá depois, e ele pegou e disse que eu tinha que assinar um termo para poder ter acesso”(ENT 7, HOMEM TRANS)

A questão do desrespeito ao seu nome social, chega a lhe causar sofrimento, ansiedade ao ir nos postos, como é? “Momentaneamente sim, mas pessoalmente é uma coisa que eu saio do posto e esqueço, mas naquele momento causa incômodo, dá uma ansiedadezinha que dói o peito, sabe? E existe também, só completando, existe também um lugar, é uma coisa que eu tenho trazido pra mim e que tem me ajudado muito, que é entender que não necessariamente aquelas pessoas podem estar fazendo... é mentir pra si mesmo, sabe? Nesse lugar, estar naquele lugar e mentir pra você por uns 10 minutos ali de que essa pessoa não quer te fazer mal, isso me ajuda. Tipo assim, essa mentirinha que a gente conta pra gente, eu faço muito isso. E me ajuda a esquecer.”(ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“A minha experiência que tive, transfóbica, ocorreu de simplesmente esquecerem de me tratarem pelo nome social e me tratarem pelo nome de registro. Ficavam me tratando pelo nome morto. Eu dizia: gente é assim... e mesmo que eu demonstrasse insatisfação com a situação, eles não faziam questão de mudar.”(ENT 15, MULHER TRANS)

Certo. Você sabe de alguma história de discriminação, sobre essa temática? Alguém? “Meu namorado. Meu namorado é uma pessoa trans e a gente já teve várias experiências, de mesmo com o nome retificado, né? O nome na identidade e tal, identificarem ele com o nome morto e chamarem mesmo, tipo, no pronome errado e tal. Já aconteceu. Esse tipo de violência, né? Anular que tem ali o nome social e tal.” E isso aconteceu mais de uma vez com ele, sabe dizer? “Sim, sim. Em mais de uma unidade de saúde.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA)

Você já presenciou algum LGTBfobia nos postos, em um momento que você estava ou já ouviu falar? “Já, já presenciei transfobia nas unidades básicas de saúde, e chegou uma pessoa trans e assim, ninguém, os funcionários não sabiam lidar com ela, e meio que ignoravam, ou com documento dela chamavam ela pelo nome de registro, e ela insistia em se apresentar. Só que eu estava como profissional, eu falei que não era legal isso, a gente tinha que respeitar a identidade das pessoas”(ENT 20, MULHER LÉSBICA)

“quando acontece a questão de eles não respeitam o nome de forma alguma, você pode falar um milhão de vezes, fingem que nem estão ouvindo, em mim eu não dou muita importância, sabe? É algo que eu lembro depois, é algo que eu estou lembrando nesse momento, porque está sendo pontuado, né? Mas é uma coisa que não me atinge muito, mas existe muito esse desrespeito em relação ao nome e eu faço questão de falar mesmo, tipo sempre, a pessoa fala: não sei o quê... fulano! Eu aqui: mas eu me chamo Cris! Eu falo nesse tom: eu me chamo Cris! E foda-se... eu sou incisivo e é mesmo que nada.” (ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

Você já tentou pedir com que lhe tratassem no seu pronome, no seu nome social em algum serviço de saúde? “Não”. Te incomoda quando você procura e lhe tratam pelo nome morto? “Sim, porque eu não me reconheço mais (incompreensível) ou ela né, não é um pronome que eu utilizo, não é uma coisa que faz parte da minha vida mais só que faz porque vem essa questão né das pessoas... só que ficar nesse fluxo todo tempo de falar né sem o respaldo também de um documento porque por exemplo na própria UFC que eu consigo me autodeclarar né, na UFC tem o meu nome social né aí eu chego as pessoas falam o nome social mas continuam falando o pronome errado, então não adianta também só uma mudança no nome né, e essa dificuldade de documentação também é muito ruim porque saiu recentemente a primeira RG aqui no Ceará de uma pessoa não binária, um dia desse!

Então, outros estados está muito mais avançado mas aqui não, tem gente que vai para outros estados vai para (incompreensível, Teresina?), vai pra Pernambuco, Recife que tá mais adiantado, vai pra lá faz o documento”(ENT 21, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

“além também da questão da retificação de nomes, como é um sistema muito burocrático, ainda passo pelo constrangimento de ser chamado pelo nome morto, ainda passo pelo constrangimento de os próprios atendentes não respeitarem o meu nome social, independente de que na minha identidade está já retificado”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“o SUS dá o direito do nome social desde 2015, mas tem algumas amigas minhas que não são retificadas, onde o profissional tem o prazer de chamar em alto e bom som o nome do qual ela não se identifica, sendo que não há necessidade nenhuma daquilo. Mas a partir do momento que vai a receita ou prontuário com o nome do qual a pessoa não se reconhece, mas tem lá o nome social, a pessoa entende que é pelo nome social que ela deve ser tratada, mas alguns profissionais usam desse artifício para validar a sua transfobia.”(ENT 2, MULHER TRANS)

“A outra justificativa mais comum também era o fato do meu nome na receita médica estar com o meu nome morto, e a minha identidade estar com o meu nome atual. E diante dessas duas, essas questões, o meu CPF sempre foi o mesmo, sempre foi o mesmo. Então, desde que eu nasci, o meu CPF sempre foi o mesmo. Então, é...já é comprovado que, independente do meu nome, isso é uma questão de lei, é nome social. Então, o meu nome não deveria ser questionado se ele tem um A ou um O no final, entendeu? Por quanto que o meu nome é Cláudio e o meu nome morto tinha um A no final no lugar O. E aí não deveria me empatar de receber um serviço. Não deveria ser motivo para me negar um serviço.”(ENT 18,, HOMEM TRANS)

“Foram mais vezes na recepção, com profissionais de saúde foram umas duas vezes, na recepção eu perdi as contas, entendeu?” (ENT 10, HOMEM TRANS)

“Já aconteceu, porque foram muitas, né”(ENT 10, HOMEM TRANS)

Antes da tua retificação, esses episódios de violação, do teu nome social aconteceram mais em um posto ou em todos esses postos você identificava essas violações? “identifiquei em todos, não é um caso isolado só de um posto não. Eu acho que é uma situação generalizada de talvez a necessidade de se dar treinamento, de se dar uma oficina para os profissionais. Porque não é um caso isolado uma pessoa trans procurar um serviço de saúde, entendeu? É um coisa que está sendo completamente rotineira cada vez mais.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

Você tem relatos de amigos, homens trans, que ainda não retificaram o nome, Se ainda sofrem com essa questão do nome social hoje em dia? “Tem, sempre tem, bastante.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“No outro posto que eu era atendida e lá já aconteceu de um sistema não estar atualizado, eu mudei de posto e mais uma vez o sistema não estava atualizado, né, ainda assim nesse posto perto da minha casa realmente eu tive atendimento humanizado. Fiquei bem feliz, inclusive, porque durante toda a minha trajetória eu já passei por diversas violências dentro de instituições de saúde, né.”(ENT 8, MULHER TRANS)

“Eu tenho um plano de saúde, desde criança e já processei o plano de saúde porque queriam que eu fosse atendida com o nome morto, sendo que já havia retificado todos os documentos e levado até lá a um ano atrás do acontecido e mesmo assim queriam que eu fosse atendida com o nome morto que era o que constava no sistema. E aí teve essa questão do sistema, da falha do sistema, né, que não é pensado para fazer essas modificações que são simples, muito menos para respeitar o nome social, quem dirá, né, eu que tenho os documentos retificados fui desrespeitada, quem dirá o nome social que é tão desrespeitado aí.”(ENT 8, MULHER TRANS)

“então já aconteceu a situação de eu ficar na recepção, conversando com a secretaria, na triagem antes de passar por enfermeiro, por médico, explicando por que, no meu documento constava um nome e civil, mas a assinatura, era assinatura com o nome social, a moça achando que de repente era uma falsificação ideológica ou algo do tipo, e eu explicando que não, que a nossa constituição permitia que eu fizesse a minha assinatura com o nome social, que não havia nada de ilegal”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“já houve a situação de já ser o próprio médico, depois já ter passado por todas as etapas anteriores, na triagem, e chegar na mesa do próprio médico, e ele não respeitar uma observação que estava lá anotado de punho para chamar pelo nome social e chamar pelo nome civil.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“A gente sabe das limitações dos profissionais para receber a população trans travesti nas unidades básicas de saúde. Existe essa dificuldade? Ela existe. Existe pela falta do nome social. Existe pela falta de respeito. Existe pela empatia dos profissionais que estão atendendo essa população. Uma população tão vulnerável que, mesmo tendo seus direitos, ainda é muito complicado, na questão de respeito social, à travesti a pessoa trans a ter acesso à saúde básica. Isso também foi muito difícil para mim. Por quê? Porque infelizmente ainda senti dificuldades na questão do nome social e na inclusão dos nomes sociais nos boletins, nos receituários e nos prontuários médicos”(ENT 1, MULHER TRANS)

“E daí, quando você tinha apenas ali o nome social, você já tinha constrangimento no momento que você entra na unidade base de saúde, no posto de saúde, porque a gente vê a negligência ou a falta de conhecimento, desde o mais simples servido ali do posto de saúde, até o mais alto, que foi, podemos falar de médicos, diretor de postos, que ainda não compreendia”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“A recepção, ela simplesmente olha no documento e fala o nome do documento. Então, mesmo que eu falasse alguma coisa, elas iam falar que: não! precisa do documento retificado para que a gente possa tratar dessa maneira. É algo muito complicado que a gente tem que lidar, a gente ter que estar repetindo isso sempre, as mesmas coisas pra no final ser tratada da mesma maneira, com nada, só sendo desrespeitada e acabou-se, só ser mais um documento e acabou-se.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“a última vez mesmo foi pra tomar a vacina, a gente tomou a vacina da gripe, se eu não engano. E aí, a gente fez essa atualização. Depois disso, a gente não foi mais. Mas era uma coisa que aconteceu muito do ano passado pra cá, inclusive no estado de São Paulo, que a gente morava lá. E aconteceu lá também. E, assim, em momento nenhum foi ofertado pra, enfim, pra ajustar esse tipo de informação e tal. A gente que teve que falar que exigia o uso do nome social e tal. Então, foram situações bem complicadas.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA, em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

“Ah, eu fiquei com raiva. E eu fiquei com raiva porque pra mim é uma coisa muito simples, né? Tipo, sei lá. Então, você chamar a pessoa como ela quer que você chame. E também eu achei muito desrespeitoso, né? E eu fiquei triste porque, enfim, a minha namorada é uma pessoa que eu amo, uma pessoa que eu vivo e tal, e com qual eu divido a minha vida. E é muito triste toda vez que ele sofre esse tipo de violência, porque ele fica, tipo, sem reação e tal. E é muito ruim, né? Você sofrer esse tipo de violência num momento que você tá ali buscando ajuda e tal. Então, é complicado.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro, HOMEM TRANS)

Vocês pediram, solicitaram mesmo ali no posto de saúde que fosse respeitado o nome social? “Isso. O que eu tentei foi que mudassem na pulseirinha e tal, né, a identificação. E que fosse passado pra um médico que ia atender as informações corretas.” E eles... e eles consertavam quando vocês pediam? “Não, teve uma vez que a gente não...Teve uma vez que não, que a médica de plantão tratou ele com o nome morto e tal, tratou, enfim, num gênero errado e foi bem ruim. Mas, vezes seguintes já foi consertado, assim. Porque eu fui bem incisiva na hora do atendimento, né. Falei, ó, o nome social tá aí, eu quero que seja feito já com esse nome.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

“Eu passei por um pouco de transfobia no âmbito de hospital mesmo, hospitalar, de ter que explicar que eu era uma pessoa trans, de ter que dizer que tava me tratando pelo pronome errado e tal, enfim. Mas nos postos de saúde sempre foi muito tranquilo, nunca tive nenhum problema não, em relação a essa parte da minha identidade de gênero, nunca tive. No caso em postos de saúde, não. O que tem acontecido, não. Mas em hospitais, sim. Ser questionada. Por que ia entrar? E uma pessoa que me vê mais de uma vez eu tenho que falar serviço ambulatorial ou algo do tipo. Às vezes, sim, recepção, errar pronome. E aí você corrigir na cara dura. E esse tipo de coisa, assim. Mas é isso. Isso, no caso hospital, em geral. Mas o erro do pronome, esse desrespeito, a identidade, sim.”(ENT 6, MULHER TRANS)

“apesar de fazer parte da luta trans né mas tem muitas questões minhas também que eu não fui atrás ainda por exemplo o nome social no SUS, não é uma coisa que... por que eu ainda tô buscando a mudança de identidade de gênero nos documentos então... então quando eu chego no SUS, eu sou tratado no feminino, nos meus documentos e no meu nome morto (ruim de compreender), então não tem muito... não tem muito o que fazer assim né e eu não me coloco no momento assim né para quem tá me atendendo que eu sou uma pessoa não

binária e isso tem impactado bastante assim né não só no SUS mas em vários espaços né porque a leitura social ela é uma né assim padrão social né e eu também sou facilmente lido como mulher entende? Então é... assim minha experiência é muito limitada nesse lugar assim né de não estar ainda nesse lugar de autoafirmação e também... quer dizer eu tô nesse lugar de autoafirmação né mas tem espaços que eu não me sinto confortável digamos assim de: ah, eu sou uma pessoa não binária, me trate... mas porque eu, você percebe que os profissionais hoje em dia não tem, a maioria assim não tem compreensão sobre isso né tipo, os lugares que geralmente a gente é tratado nos pronomes são nas nossas próprias rodas de convivência né, na minha faculdade que é um curso digamos que as pessoas têm um pouco mais de... contato eu acho”(ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

Subcategoria: Evasão dos serviços por transfobia

“eu faço de tudo para não ir. Mesmo que eu esteja sentindo dor, mesmo que eu precise fazer exames, eu reluto em ir para não ter que passar por certas violências e sair de lá ainda mais fragilizada, né? Então é uma labuta, é uma dificuldade.” (ENT 8, MULHER TRANS)

E quando ele precisa de um ginecologista? “aí é particular. É particular porque é a mesma que me atende desde que, melhor amiga da minha mãe, que me atende desde que eu sou pequena, e ela também faz atendimento com pessoas trans, então é com ela. Mas assim, demorou muito tempo pra a gente, eu na verdade, querer fazer esse movimento, né, de ir até uma gineco, e foi mais uma coisa que eu incentivei, porque ele conheceu essa minha tia, entre aspas, por fora assim, né, e tal, e já ficou mais confortável. Mas é uma coisa que ele evitava, assim, ao máximo, porque é complicado, né, enfim. Mas assim, depois eu só consegui convencer da necessidade por causa dessa minha médica que é próxima da minha família, né.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

“eu já não comparecia mais às consultas do plano, eu me privei de ir a essas consultas, exatamente porque toda vez era a mesma coisa, eles não queriam colocar meu nome social no sistema, falava que era a empresa que tinha que atualizar porque era um plano empresarial, a empresa se retirava da responsabilidade de dizer que era o plano e ficava nessa onda, um jogando para o outro, e no fim das contas só quem saía prejudicado era a gente, então eu não aguentava mais ter que ir para lá e ter que ver o nome civil que não me fazia bem, então eu resolvi deixar de ir atrás de saúde básica”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“Consegui ter o acesso, agora referente a ginecologia eu não fui. Eu tentei marcar no passado, que foi a situação que eu te contei, por conta da cirurgia de mastectomia, porque me solicitaram a ir na ginecologia. Mas acabei não indo, cheguei a marcar consulta, mas não fui, por questões pessoais mesmo, questão de disforia e tudo mais. Acabava não conseguindo comparecer a essas consultas” (ENT 7, HOMEM TRANS)

“eu posso falar é que foi frustrante, e, dado momento, você não quer voltar ao serviço, né, em um dado momento, você, não é que você quer negligenciar a sua saúde, que você não quer fazer ali um check-up todo ano para saber se está tudo bem, você não vai porque você vai sair de lá mal, a questão da sua saúde mental, quando você não é bem acolhido, atendido, quando você vai ter apenas aquele olhar de discriminação, então você não vai querer voltar aquele lugar, porque você vai compreender que aquele espaço não te pertence”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Ok, e com essa experiência que eu dei um corte: hum eu não vou entrar mais nesse espaço, mesmo que ainda seja um espaço totalmente necessário, porque era o único posto mais próximo da nossa casa. E sabendo que é o único espaço que a gente consegue utilizar de maneira mais rápida, de maneira mais fácil, ainda é muito desrespeitoso com a gente.”(ENT 15, MULHER TRANS)

Certo. Você chegou a fazer alguma denúncia, a procurar a administração de algum posto, ou nunca? “Não. Nunca” Você preferia não ir atrás disso? “Normalmente, o que as pessoas trans acabam fazendo é parar de acessar o serviço, entendeu?”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“Eu fui porque eu estava realmente com a situação de muita dor, então precisava fazer exames de imagem, da região pélvica, mas assim, o natural, você fazer esses exames cada seis meses, né? Quem tem útero, quem tem ovário, fazer uma análise e eu tava sem ir a anos e eu fui porque tipo eu tava morrendo de dor, eu preciso ir. (...) Mas aí, eu já estava a anos sem ir, uma coisa que é pra fazer de seis em seis meses, eu já estava a anos sem ir, justamente por causa desse constrangimento. Eu fui realmente porque estava nas últimas.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

Mas você chegou a conseguir esse exame ginecológico? “Eu, não. Eu fui tentar liberar e no final das contas eu desisti. É o que acontece, a gente acaba se afastando e desistindo” (ENT 10, HOMEM TRANS)

“Tive que explicar o que estava tudo certo sim, que eu sou o trans, que eu queria que ela falasse baixinho para que as pessoas ao redor não escutassem.” E ela estava falando alto? “É porque não tem uma distância muito grande entre as duas meninas que ficam atendendo do lado do vidro, e também as duas cadeiras também que ficam pro lado de fora, que é para tentar ser atendido. É bem pertinho, a gente acaba ficando muito próximo e escuta o atendimento do coleguinha do lado. Af: não, espera aqui, me dê aqui que eu vou ali atrás da minha avó, e fui embora.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“E aí a gente já vive, a gente já tem uma existência de tantas lutas permeadas por tanta luta por sobrevivência para existir, de tantas dores, de tantas violências, que às vezes a gente, a boa parte das meninas que eu conheço e eu me incluo nesse mesmo lugar de não, de preferir não ir. Então nós realmente só vamos até as instituições quando precisamos muito e sabendo que vamos passar por violência. E é um cenário muito triste, muito triste e urgente, porque é um direito nosso que está sendo negado. Um dos, um dos muitos, um direito básico.”(ENT 8, MULHER TRANS)

Se você fosse num posto de saúde, por exemplo, e com a demanda de alguma prevenção de urologista, você teria receio de solicitar isso para o médico? chega a ser um impeditivo de você ter que solicitar exames de urologia nos postos de saúde, por exemplo, ou na rede privada? “Sim (...) Eu acho que ela se abrange, acho não, tenho a convicção que ela se abrange a todas as especialidades, na verdade.”(ENT 8, MULHER TRANS)

E você acha que para esses olhares, esses preconceitos velados, pode ser o motivo de alguma pessoa trans ou outra letrinha LGBTQ+ não voltar no posto? “Olha, é... Tem questões mais violentas que podem fazer com que uma pessoa trans não ocupe espaços, enfim. Tem questões mais sérias que podem fazer com que uma pessoa fique traumatizada e não queira mais andar em determinado espaço. Mas em relação a olhares é algo que, enfim... No caso falando de mim, se eu fosse me importar eu não sairia de casa. Eu não sairia de casa. Mas é isso, sabe? É isso.”(ENT 6, MULHER TRANS)

“A gente evitou o máximo. Mas, tem emergências, né, que infelizmente não tem pra onde correr.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

Você já escutou algum relato de alguma pessoa que deixou de ir nos serviços por conta disso? “Já escutei esses relatos e esses relatos foram mais comuns antes de 2019 e foi antes da lei estadual que obrigou a utilização do nome social nos sistemas públicos aqui no estado do Ceará. É uma lei 16.946 de 29 de junho de 2019 de autoria do deputado Renato Roseno” (ENT 3, MULHER TRANS)

“Porque muitas e muitos de nós podemos não deixar de procurar o serviço de saúde porque muitas vezes as demandas virão muito fortes, de modo a que a gente não tenha como não ir até a unidade de saúde pública, porém podem fazer como eu estava fazendo, de se distanciar ao máximo, de só procurar quando o problema já está grave, de procurar em intervalos muito compridos, como eu disse, eu precisei em 2017, em 2019, em 2022 e em 2023” (ENT 3, MULHER TRANS)

“conheço algumas amigas minhas que já se bloquearam para esse atendimento pela falta de humanização, pela invalidação do uso do nome social, pelo tratamento que se dá”(ENT 2, MULHER TRANS)

Você tem receio de ir para hospital por causa disso ou não? “Eu já tive, mas hoje em dia não. E eu também só vou quando realmente é necessário, então...”(ENT 6, MULHER TRANS)

“pessoas trans e não binárias, enfim, tem um psicológico muito fragilizado, a gente passa por expulsão da casa dos pais da gente, que é quem a gente ama, a gente tem essa expulsão social de ter que se esconder em casa, eu me escondo muito dentro de casa, apesar de ser belíssima, mas eu fico muito dentro de casa, eu saio muito pouco, trabalho home office também, enfim, mas é isso, não é fácil, mas a gente tem que ocupar os espaços, tem que ocupar, e tem que ir atrás, e é isso”(ENT 6, MULHER TRANS)

“Então entre os meninos trans, a dificuldade que eu vejo é a questão mesmo ginecológica. Querendo ou não, a gente segue um padrão masculino que machismo ele é muito forte, né? Então muitas das vezes a gente acaba tendo vergonha de procurar esses atendimentos e ser visto como mulher, basicamente, entendeu? E reduzir a masculinidade que a gente está buscando.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

Subcategoria: dificuldades no uso dos banheiros

“em relação aos homens trans... sim... há uma evidência maior de uma... de sofrer uma violência... a partir da pessoa cis... do homem cis... contra o homem trans... que imagina... está entrando lá um corpo... uma corpa... enfim... está entrando ali um corpo... um homem trans... no banheiro masculino... e sim... a gente sempre tem o medo... de estar entrando em determinados banheiros públicos... com medo de sofrer essa violência... de sofrer um assédio... ou mesmo um estupro... que é comum... que homens trans... passem por isso.”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“na maioria das vezes é comum que as mulheres sofram mais os estupros... dessa forma homens trans também... ainda mais quando... está ali no início da sua hormonização... ou mesmo aqueles que não precisam passar... que não querem passar... por uma hormonização... enfim... porque ser trans não é só você adequar ao padrão... à norma... do que é ser lido... como o que é ser lido nessa sociedade... de ser homem... de ser mulher.”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“eu evito ir ao banheiro quando eu estou fora de casa, sobretudo em hospital, justamente pra evitar a transfobia etc a gente acaba se privando do básico então nunca aconteceu porque eu não uso.” Eu já ouvi relatos de pessoas trans que evitam até beber água pra evitar ir ao banheiro, isso já aconteceu contigo? “Justamente, eu também evito, tô tendo que beber mais água ultimamente, justamente porque parei com esse hábito, enquanto se eu tiver o dia todo fora eu bebo pouca água justamente pra não ir ao banheiro, pra evitar pelo menos né, é uma triste realidade”.(ENT 8, MULHER TRANS)

“eu fico incomodado bastante quando você entra no banheiro público masculino... e você encontra apenas mictórios e um espaço fechado com o bidet... então... você que não contempla essas várias formas de ser homem... de estar sendo homem nesse mundo... ter só mictórios... dez mictórios e um vaso ali... fechado... não contempla nós homens trans...”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“na década de 90 anos 2000 tem uma pesquisa que fala sobre o grande aumento de infecção urinária da população T, porque ela é barrada de usar banheiros em espaço público, então você passar 8, às vezes 20 horas, que muitas das meninas passam nessa jornada louca de trabalho, sem usar os banheiros, sem fazer suas necessidades fisiológicas”(ENT 2, MULHER TRANS)

“Não, nunca tive nenhum problema com o uso dos banheiros em espaços públicos como os postos de saúde não, só em terminais (de ônibus), na própria escola...”(ENT 2, MULHER TRANS)

“Sobre os banheiros, ainda sentimos dificuldade para usar, pois ainda não há respeito com a nossa identidade de gênero” Você sente isso nos espaços de saúde tanto quanto nos outros espaços? “Em todos os espaços” Já ocorreu alguma transfobia com você por conta disso? “Comigo sim, várias” Você evita de tomar água pra não ir a banheiros? “Muitas vezes, Inclusive no trabalho infelizmente”(ENT 1, MULHER TRANS)

“Mas eu passo, até hoje, muito assim com as questões dos banheiros do Cuca, por conta que os banheiros eles são limpos de uma forma muito precária, eles são, eu acho de verdade um problema sério, questão de saúde pública, assim, de higiene mesmo, principalmente com pessoas trans, porque, por exemplo, para mim utilizar o banheiro masculino é um horror, para mim é um horror, é um desafio mesmo, tanto pela falta de papel higiênico, pela falta da limpeza mesmo, pela falta de banheiros funcionando, pias funcionando, e dá para ver que eu analiso muito isso, porque realmente é um problema diário, que toda vez que eu estiver no Cuca e eu precisar ir no banheiro, todos os meus amigos já sabem que é uma grande dificuldade, que às vezes eu tenho que me deslocar do banheiro que está mais perto de mim, até o banheiro que é lá na quadra, para pegar o mais limpo, para poder ter segurança, e isso já foi comentado por mim, na própria coordenação, só que o que eu vejo é que esses banheiros masculinos não são limpos de forma correta, justamente por ser limpos por homens, e aí esses homens eles só tipo limpam de uma forma totalmente porca e não higiênica, esses banheiros por conta que são feitos para pessoas com falo, então já tem essa questão por conta que eu não faço xixi em pé, mas esses banheiros são projetados para pessoas que fazem xixi em pé, e aí como é que fica? Eu tenho que usar o banheiro feminino, e aí eu utilizo o banheiro feminino regularmente ainda, justamente por conta dessa limpeza, e aí só que o risco de eu ter mais higiene na hora das minhas necessidades é justamente a transfobia, de ter um

homem entrando no banheiro feminino, então é muito complicado, é um dilema que eu não gostaria de passar, realmente é uma dificuldade muito grande”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“Teve um relato também da questão que lá na Praça Luiza Távora, tem também, eles ofertam o banheiro, você tem um banheiro lá para utilizar, só que da vez que eu fui utilizar o banheiro, obviamente eu estava sentado, e uma pessoa tentou abrir o banheiro, tentou abrir a porta, a cabine onde eu estava, justamente por não achar normal um homem sentar na privada, o que eu achei totalmente um absurdo, e essa pessoa não era da organização, mas era uma pessoa que estava lá frequentando a praça, e aí eu deixei de utilizar o banheiro de lá”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“Nos banheiros do Hospital Particular que vou, eu evito utilizar, principalmente por que todas as sedes dele que você frequentar, tem muitas pessoas, e aí eu já não acho seguro mesmo de utilizar, eu fico com medo de acontecer alguma comoção, alguma pessoa não concordar e acabar fazendo alguma briga, alguma coisa, eu tenho muito medo dessas situações acontecerem, então eu não entro, não entro, para mim não é um local que eu consiga chegar e entrar assim, e me sentir seguro assim, para estar tão vulnerável, né? É mais sobre isso mesmo, eu acho que eu não entro, já é cultural mesmo de banheiro de lá, eu não entro”.(ENT 18, HOMEM TRANS)

Eu já ouvi relatos, de pessoas que evitam beber água, essas coisas para não ir muito no banheiro, acontece isso contigo também? “Sim, realmente isso é verdade mesmo, eu não bebo água e não como nada dentro do Hospital Particular que vou justamente para não ir no banheiro, eu só vou em casa.”(ENT 18, HOMEM TRANS)

Subcategoria: Saga para encontrar profissionais de saúde

“antes do posto ser reinaugurado, eu fazia as aplicações nos ambulatórios das farmácias particulares e eu já tive que passar por várias e várias delas em que tivessem farmacêuticos disponíveis a realizar a aplicação(...) e aí eu sempre, a cada aplicação, cada mês era uma luta para achar uma pessoa que tivesse disposta a aplicar, fazer a aplicação de forma boa, que não doesse, ou que doesse menos, ou que fosse realmente eficaz o tipo de aplicação”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“Então, passei por vários médicos mesmo no plano de saúde. Acho que eu cheguei a ir a uns 10 endocrinologistas para atender minha demanda, não só endocrinologistas, psicólogo, psiquiatra. Acho que psicólogo foi a única especialidade que eu fui em vários e eu nunca encontrei um para me atender” (ENT 7, HOMEM TRANS)

“eu faço o atendimento no sistema particular com a endócrino, ela é uma pessoa, uma profissional muito boa e eu passei por muitos outros profissionais até chegar nela, então eu já fui quatro anos tentando procurar um profissional que me desse a receita, que fizesse os exames, que autorizasse aí eu começar o meu tratamento, depois de muita luta eu encontrei ela por indicação de outras pessoas que também fazem tratamento, e foi super rápido, fiz os exames todos direitinho e faço acompanhamento com ela todo mês, pra ela ter controle dos meus exames de sangue, pra ela ter controle da dose que eu tô tomando, do intervalo de dias, e aí isso me deixa muito mais seguro, né, eu consigo viver muito mais tranquilo quando eu tenho esse controle tão bem assistido assim.”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“Eu acho que a própria experiência de não conseguir acompanhamento de uma forma mais objetiva, é, urgente, né? Porque quando a pessoa trans procura acompanhamento na rede pública, é com urgência. E apenas a pouquíssimo tempo, através de movimentos sociais e através de outras redes, né? Que não o Estado em si, que não proveniente do Estado em si, eu tô conseguindo fazer um acompanhamento. E eu observo isso entre minhas irmãs e irmãos também, né? Essa dificuldade de ter acompanhamento, a dificuldade de ter acesso a uma equipe multi profissional, de endócrino, ginecologista, psicólogo, psiquiatra, que é o necessário para o acompanhamento de uma pessoa trans. Apesar de existir, a demanda é muito maior do que as poucas ações que existem, né? para tentar, enfim, equiparar e abraçar esse público é mínima. Então, os esforços ainda são mínimos e a urgência é gigantesca.(ENT 8, MULHER TRANS)

CATEGORIA FALTA DE PREPARO DOS PROFISSIONAIS

“quando eu vou até me sentar com um médico, com uma médica e eles não compreenderem o que eu estava falando e eu pegar ter que puxar a legislação e num sei o que...”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Já aconteceu nessa rede privada de funcionários endócrinos não atenderem pessoas trans porque não têm capacitação para lidar com pessoas trans. Como psicólogos, já aconteceu também. Então, não é incomum. Pelo contrário, acontece com frequência”(ENT 8, MULHER TRANS)

“as pessoas não querem entender que a população T, especificamente daquela na qual eu me enquadro, que me reconheça enquanto travesti, que a gente só anseia por hormônio e por tratamento psicológico, mas a gente vai muito mais a fundo, a gente vai para a questão da saúde de forma continuada, a gente fala sobre as violências alimentar que determinadas pessoas passam, a exaustão por causa de jornada de trabalho, que também vai afetar a saúde dessas pessoas, a má alimentação, a alimentação de forma precária, e isso tudo está relacionado à questão de saúde”(ENT 2, MULHER TRANS)

“essa galera ainda não está preparada para receber e atender a nossa população.”(ENT 1, MULHER TRANS)

“Então, por preconceitos, a gente percebe ali, a gente ainda vê ali uma falta de conhecimento e também uma é, é, uma armadura né para que nossa existência não chegue naquele espaço”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Por exemplo, sexta-feira na disciplina que estou cursando, dois colegas falaram opção sexual. Duas pessoas que estão na pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, falaram nos seus discursos assim de forma extremamente natural: opção sexual. E aí eu fiquei, eu já tinha escutado isso antes, inclusive, não das mesmas pessoas, mas já tinha escutado isso antes da turma e eu fiquei extremamente incomodada, pedi fala, tava parecendo igual um pinscher, ali me tremendo todinha de raiva. Mas eu acho muito preocupante a gente estar no espaço de construção de conhecimento, de pesquisa e as pessoas ainda perpetuarem uma coisa tão simples que é a orientação sexual e não opção sexual. Ninguém opta ser violentado, talvez diariamente passar por situações constrangedoras, ser assassinado ou não. Ninguém vai optar por isso, né?”(ENT 20, MULHER LÉSBICA)

Você acha que os profissionais têm falta de formação sobre essa temática? “Acho que sim, acho que precisa. Até a gente mesmo que é LGBT, a gente não entende muito porque é um mundo a classificação medonha, é, tipo, muita coisa. Às vezes eu acho que até a culpa não é deles, mas buscar informação seria algo interessante.”(ENT 19, HOMEM GAY)

“Eu adoro fazer testagem rápida e aí, no caso, eu solicitei pra fazer e aí me foi perguntado minha orientação sexual. E meio que veio aquela história de que não precisa, de que não tem risco de transmissão entre mulheres, sendo que a gente sabe que não é nulo, né?” (...) E você acha que faz com que as pessoas se afastem desses exames, esse tipo de fala? “Faz com que muitas vezes a gente nem entenda a importância da testagem. A gente realmente acha que só, perpetua na verdade o mito de que só penetração faz com que transmita IST. E não é, a gente sabe que não é, os níveis são baixos mas não são zero, então nada é nulo, não é impossível.” (ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

“A nossa rede de pessoas trans, tem um grupo de homens trans, e aí a nossa procura é sempre dos mesmos médicos. A gente não consegue ver uma situação assim de dizer, olha, o doutor X, a doutora X está lotada, mas vai para esse outro aqui, todos os médicos e as médicas. No plano de saúde, eu fiz a minha mastectomia, e até então eu só conheço o cirurgião que fez a minha mastectomia. A gente não vê outros médicos, então isso aí acaba que a gente tendo, para quem pode fazer a cirurgia, a falta de um médico”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Então, as capacitações que tem, que o sistema fornece, é muito pouco. Por quê? Primeiro, porque quem trabalha nesses postos são pessoas que, primeiro, têm mais de 18 anos. Elas já têm por si, digamos, uma boa parte do seu pensamento cristalizado, já endurecido. Elas se acham isso e é assim que eu sou. Então, elas não dão atenção ao que elas deveriam dar, a sua própria modificação (...) Então, por isso que fica uma capacitação por ano é pouco.”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“se somatiza a violência dos funcionários, pela falta de capacitação, pela falta de especialização (...), o atendimento que não é capacitado dos funcionários”(ENT 8, MULHER TRANS)

“Porque o problema da grande maioria dos médicos é que para eles é mais fácil olhar para a cara da pessoa e dizer: não, não atendo o seu público. Pela falta de demanda, acho que talvez para eles não é interessante perder tempo estudando uma determinada demanda, uma determinada especificação que não vai ter uma demanda para eles atenderem, digamos assim, né? Mas é muito bom quando a gente encontra um que se dispõe.” Você já escutou isso, eles falando? “Já, na época do plano de saúde, eu passei por vários médicos que diziam que não atendiam a minha demanda, que não tinham especialização nisso e não sabiam como atender.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“a deficiência no serviço público ainda é muito grande, e a gente percebe que muitas e muitos profissionais que nos atendem com a empatia e a excelência que o serviço público defende é mais por uma vontade individual, uma capacitação individual autodidata, a pessoa busca uma auto formação nessa questão da saúde LGBT+, porque não recebe da gestão, ou isso é uma falha que precisa ser apontada, inclusive neste trabalho, nesta pesquisa.”(ENT 3, MULHER TRANS)

“E aí a gente vai para a questão que eu me recordo aqui, de quando eu busquei... porque assim, hoje nós temos o SERTRANS, né? que é um espaço onde deve ser referência para o atendimento em saúde da população trans, então assim quando eu procurei a unidade básica de saúde, o que eu coloquei, olha, porque é a porta de entrada para o SERTRANS, é o posto de saúde, então quando eu fui lá, que eu fiz lá, marquei, quando eu fui falar com o médico, eu disse, olha, eu preciso ser atendido, acompanhado, pelo ser trans, um ambulatório de referência aí na saúde de pessoas trans, e o médico não sabia o que era, e ele existe, isso aqui assim existe!”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“eu descobri mais à frente, que eu poderia ir no ginecologista. Então há uma desinformação, sabe? Como um todo, há um desencontro, né? Das instituições, da medicina em si, dos profissionais, né? É muito complexo, uma violência que acontece através de muitas ramificações.” (ENT 8, MULHER TRANS)

“E houve um grave erro, porque também não estava constando, porque tudo é tecnológico, quando ele vai puxar no sistema, e não tinha lá o ambulatório, ou seja, a Rede Municipal de Saúde, eu estou falando de Fortaleza, ainda não tinha se atentado a colocar no seu sistema, à época a CID, é, a CID é a questão na qual se enquadrava as pessoas trans, e aí não tinha lá no sistema o SERTRANS, as pessoas trans, né, a CID que é relacionada às pessoas trans, então isso aí dificultava, porque se o momento que eu estou lá enquanto usuário, se nem o médico sabia, ele não sabia o que se tratava” (ENT 17, HOMEM TRANS)

“eles não entendem quais são os atores da comunidade LGBTQIA+, eles não se esforçam para aprender e a isso se somatiza a precarização do trabalho, se somatiza a exaustão desses funcionários”(ENT 8, MULHER TRANS)

“Porque os profissionais de saúde não se interessam. Mas a gente volta pra aquele tópico do que o que não lhe afeta não lhe incomoda. Então se não lhe incomoda você não vai ter autonomia de ir atrás, sabe?”(ENT 9, HOMEM GAY)

“Muitos profissionais ainda, ou por falta de estímulo, ou de seus preconceitos, eles não buscam o conhecimento necessário para garantir aquilo que é a missão do SUS, né, você colocou no tripé né que é a universalidade, a integralidade e a equidade.”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“sobre a dificuldade de médicos, enfermeiros, enfermeiras, médicas, enfim, dos trabalhadores da saúde, é uma questão também de a gente lembrar que lá na universidade eles não têm essa cadeira. Possa ser que... vem se avançando pesquisas, diálogos sobre as pessoas trans, e possa ser que a gente tenha lá, bem próximo, que tenhamos uma cadeira ali onde o estudante de Medicina, de Enfermagem, da Odontologia, vai compreender que existem pessoas trans, e que elas merecem serem acolhidas de forma humanizada. Então, o problema começa que não tem cadeira nos cursos de graduação, nas residências”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“eu acho que infelizmente ainda falta muitas capacitações, muito conhecimento para os profissionais de saúde, sabe? A gente percebe que o perfil do profissional da saúde, né? Ele tem mudado bastante e isso é positivo porque as pessoas que têm se formado ultimamente, que têm estado presentes nos ambientes de saúde, elas já têm outro pensamento. São pessoas mais jovens, né? Mas que infelizmente elas vivem do senso comum, entendeu? Dentro da graduação eles não têm uma disciplina específica pra falar sobre a saúde da população LGBT. E se tem, e no máximo a professora: ‘ai faça um curso online sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde LGBT’. Sendo que ele faz, a pessoa faz, mas a pessoa faz mais, sei lá, por uma curiosidade ou por um certificado. Não é algo que é divulgado ou feito de uma forma que mostre assim, olha, é importante você saber

disso, é necessário você saber disso, é necessário você...É necessário você ir pra além do estereótipo da pessoa LGBT, sabe? Pra além da IST, pra além da problemática da população ser vista como alguém promíscuo”(ENT 9, HOMEM GAY)

“Até hoje é muito difícil a gente escutar profissionais que falem que tiveram uma cadeira específica. Às vezes na faculdade se resume a uma palestra, né? E assim uma palestra voluntária, que a pessoa vai assim uma vez ou outra”(ENT 9, HOMEM GAY)

“isso se soma também à medicina em si, né, aos próprios cursos de medicina, de enfermagem, que em sua grade por muitas vezes não tem esse atravessamento da sociologia, não tem esse atravessamento das questões sociais, né, das lutas dos movimentos sociais, de como é importante entender os usuários que estão atendendo, então é esse ambiente estrutural que se somatiza, somatiza um ao outro e gera um acúmulo de exclusão mesmo, exclusão de invisibilização aos corpos-existência de pessoas LGBTQIA+, sobretudo corpos de pessoas trans, travestis, transsexuais, que são mais vulnerabilizados, né?”(ENT 8, MULHER TRANS)

Você lembra se você chegou a ter alguma formação na tua graduação sobre isso? “Na graduação a gente tinha dentro da disciplina de saúde coletiva tinha uns web seminários que os alunos davam, e aí a minha equipe a gente ficou com a saúde da população LGBT, então foi aí, e eu acho que isso foi no sexto semestre de saúde coletiva, acho que foi no sexto semestre, ou quinto, e aí a gente estudou a política e tudo mais, só que assim, eu já me reconhecia enquanto mulher bissexual, então pessoalmente eu já havia estudado anteriormente, mas dentro das disciplinas teve, eu só me lembro desse seminário, o web seminário que a gente fez mesmo falando sobre a política de saúde da população LGBT (...) E eu não lembro de ver mais em nenhum momento da graduação, nem em saúde da mulher, que a gente poderia falar sobre a saúde sexual de mulheres e lésbicas, bissexuais, e mulheres transsexuais, pessoas trans, nem no estágio mesmo”(ENT 20, MULHER LÉSBICA)

CATEGORIA VOU À UAPS MESMO COM LGBTFOBIA

“Menino, eu estou com 33 anos, eu não sei se é impeditivo, porque agora eu acho que eu sou um pouco mais bocão. Eu preciso, sei lá, talvez, de um pouco mais de preparo, talvez, para além de estar buscando saúde ou algo assim, o atendimento médico, eu me coloco nessa situação de me preparar mesmo, né, de entender que pode ser que venham perguntas, né, como que eu responderia. Em dias mais ansiosos, talvez isso seja um pouco mais complexo, assim, né, mas para deixar de ir, talvez porque hoje eu sou mais madura, não. Agora, né, o eu de 18 anos deixou de ir sim”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“não tem chegado a afastar né mas é muito complicado assim né? É uma agressão mesmo, é uma violência assim, você chegar aí no telão aparecer seu nome, um nome que não lhe pertence e todos ficarem nesse ela, ela, ela... não é confortável né? Eu vou porque enfim tem que ir mas é uma questão também que... e também a burocracia dificulta muito assim, só de pensar essa coisa da documentação né, o meu processo está desde o final do ano passado no mutirão que teve da defensoria até agora eles não deram resposta, então tem que ficar esperando ou fazer uma mobilização né, a gente tava até conversando sobre isso para cobrar que isso seja...esse processo avance”(ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“Eu quero dizer que a saúde do SUS diz que ela serve para mim e para o Tasso Jereissati, por exemplo, então, tem que servir? De fato! Tem que servir enquanto eu sou um homem trans, ele um homem branco, rico, cis, hétero, tá entendendo (...) e eu sou um homem pardo, eu sou um homem trans, pobre, então, assim, é a gente dar essa equidade aí, e pensar como é que o SUS possa ser fortalecido cada vez mais, também, que a gente possa garantir a nossa, não basta só existir, né? Tem que viver! Viver com qualidade, viver bem, e isso perpassa, obviamente, o serviço de saúde, né, perpassa por essa questão de você ter esses cuidados, né, então, a gente tem que insistir sempre, insistir, insistir, insistir.”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Era necessário. Mesmo passando pelas situações de transfobia, a gente precisa estar nas unidades de saúde para se cuidar, fazer exames, buscar remédios, marcar consultas...Então meio que eu insisti em ir, pela necessidade de ir”(ENT 15, MULHER TRANS)

Não chega a ser um impedimento para você ir para esses espaços né? “Não, não é impedimento, mas é incômodo. A gente vai porque enfim é o que eu sou e pra mim não me interessa o que as pessoas pensam mas chega uma hora que é um pouco chato”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

Mesmo assim, você insiste em voltar nos serviços, né? “Sim, continuava, porque quando a necessidade bate mesmo não tem por onde correr, né?”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“No caso das pessoas, de modo geral, sim, tem pessoas que não retornam porque sofrem transfobia nesse espaço, mas no meu caso não, eu retornei. Mas claro que às vezes inconscientemente pode acontecer de você não retornar para um certo local ou andar numa certa rua, porque você sabe que tem pessoas indesejadas ali e tal, enfim, que não é agradável, mas no meu caso não.”(ENT 6, MULHER TRANS)

“É que a gente adocece, né? Tipo, normal, assim, não que já é uma coisa que a gente não gosta de fazer. Por causa disso, então, a gente vai quando realmente, tipo, tem uma necessidade. Porque é o jeito, né?”(ENT 5, MULHER LÉSBICA)

Você tem receio de voltar para o posto de saúde por conta do desrespeito ao nome social? Você acha que isso chega a ser impeditivo para você? “Olha, para mim não chega a ser impeditivo, mas porque eu tenho uma consciência militante e eu não sei como é que você vai considerar essa informação que eu te dou, né? Porque como eu enquanto militante preciso saber se a lei está sendo concluída, eu preciso chamar atenção, fazer observação aos profissionais que estão me atendendo até para evitar que outras pessoas sejam atendidas da mesma forma desrespeitosa caso eu tenha sido atendida de forma desrespeitosa, então para mim enquanto militante é importante buscar o serviço de saúde mesmo não tendo sido retificada e mesmo sabendo que eu posso passar pelo não uso ou pelo mal uso do nome social, então não é impeditivo para mim”(ENT 3, MULHER TRANS)

Eu achei interessante que mesmo com todo o desrespeito com seu nome social, na época do nome social, você insistia pelo que eu entendi em voltar, apesar, eu acho que gerava ansiedade, raiva, um misto de sensações, mas mesmo assim você insistia em voltar, para tentar novamente. “Sim, mas é isso, né, porque o que eu represento com uma militância [incompreensível] se eles insistem em nos matar, mas a gente tem que insistir em viver (...) então venho buscando [incompreensível], que não é só uma palavra, é um estado de ser, que é ser livre, e ser livre, na minha compreensão, é você ser quem você é, você não estar limitado ao que o outro vai falar, ao que o outro vai pensar, sobretudo quando você tem suas convicções e ter o direito de ser quem você é! a gente, então, assim, estar vivo é continuar buscando aí pelo direito, pelo direito, porra!”(ENT 17, HOMEM TRANS)

CATEGORIA MELHORAS PERCEBIDAS E EXPERIÊNCIAS POSITIVAS

“mas que também eu vejo que pouca coisa mudou, né?”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“hoje em dia tem uma certa delicadeza para questões de nome social entre outros, mas na época era algo um pouco mais velado, era tipo a gente respeita o seu nome social, mas era aquela coisa velado”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“foi necessária uma luta do movimento trans para que as empresas de saúde, os planos de saúde pudessem tal qual como o SUS reconhecer que não é uma questão estética, que é uma questão de saúde para que nós possamos ter aí [inaudível], e isso essa conquista de eu conseguir fazer minha mastectomia não é só uma questão meritocrática, porque eu tenho plano de saúde, eu compreendo que teve muitos irmãos e irmãs que foram até Brasília, fizeram uma marcha, que estiveram lá dentro do Congresso, pedindo mais saúde, mais qualidade da vida para nós trans”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“a gente percebe que houve sim mudanças, eu fico muito feliz que hoje eu vejo tanto o Estado, como também as entidades e alguns órgãos, a própria Secretaria da Diversidade, que é nossa, Ministério Público, entidades como Mães da Resistência, que promovem aí a retificação do nome social”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“É, eu acredito que sim, que houve uma evolução. Não é possível que nós tivéssemos parado há 30 anos atrás, né? Aí seria um caos. Mas eu acho que, inclusive, a partir do momento que o movimento LGBTQIAPN+, vem se colocando, vem trazendo suas questões, né? Eu acho que isso contribuiu muito para que as próprias pessoas dos sistemas de saúde comesçassem a pensar mais, comesçassem inclusive a se ver mais dentro dos processos, entende? Então, e aí não tem como, né? A mudança, ela é lenta, né? Você não estala o dedo, muda! Ah, muda? Não, não funciona assim, né? Mas não tem aquele ditado: água mole em pedra dura tanto bate até que fura? Então, é um pouco por aí, né?”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“Então, de lá para cá, começou a se desenhar. Homens que eram casados, que tinham filhos e que também tinham namorados. Homens que eram casados, tinham filhos e tinham outras mulheres. Que eram as damas de companhia, as profissionais do sexo. Mas que muitas vezes, esse homem também gostava de ver essa mulher se relacionando com outro homem, e aí vai. Então, aí começou a mostrar. Tanto é que hoje, a AIDS não é mais uma peste gay. Ela não está mais na linha só dos gays. Hoje, você tem mulheres, senhoras, que têm 20, 30 anos de relação monogâmica, entre aspas, mas que acaba descobrindo, porque aquele maridão que ela tanto ama, que pra todo mundo é honrado, acaba descobrindo que ele está com a AIDS. E que ela é obrigada a fazer exames. E se ela tem um filho pequeno, esse filho também tem que fazer exames para ver se ele não é portador do vírus. Então, olha a mudança. E muitas vezes, a mulher descobre tudo isso quando está enterrando o marido. Estou te colocando casos reais. Estou te falando de realidade. E não é realidade do mundo, é daqui do Ceará. É daqui do Ceará.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“Mas eu acho que melhorou muito. Como melhorou! Entendeu? É assim, eu atuando no canto, você no outro, outro no outro. Cada um no canto, fazendo um pedacinho. É feito um mosaico. Então você está montando, aí as pecinhas estão indo. De repente, põe uma pecinha ali, legal, aí brilhou. Ficou legal. E aí, assim, cada um vai colocando a sua pecinha. Isso que é importante para a gente fazer.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“o meu depoimento posso considerar positivo, por estar havendo uma melhora gradativa nas minhas experiências quando eu busco os serviços públicos de saúde” (ENT 10, HOMEM TRANS)

“Como na vacinação do Covid, que também houve essa questão do nome social, mas eu acredito e entendi que eles fizeram uma mudança também, assim, das primeiras vezes eu fui mal atendida, mas das outras já houve uma modificação” (ENT 8, MULHER TRANS)

“pelo que eu escuto de histórias de outras pessoas trans, inclusive de início de transição, em comparação ao que a gente viveu antes para o que tá hoje, parece algo mais humanizado, parece realmente que eles estão mais abertos a se adequarem a essas questões, né? A questão do nome social, o tratamento dos pronomes e tudo mais.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

“já nessa segunda vez, 2019, acho que foi 2019, a questão do nome social foi facilmente resolvida, já existia um campo para nome social, então não houve dificuldade para isso” (ENT 3, MULHER TRANS)

“É uma lei 16.946 de 29 de junho de 2019 de autoria do deputado Renato Roseno, então eu lembro que depois dessa lei veio com força a questão de atualizar os sistemas públicos para ter a garantia do nome social. Então de lá para cá de 2019 para cá eu não escutei mais relatos de pessoas dizerem que não conseguem, que são desrespeitadas através do nome social nos serviços de saúde. E também uma coisa que eu acho que ajudou bastante foram os trâmites de facilidade para a retificação de nome e gênero na certidão de nascimento. Como desde, eu acho que desde 2021 esse procedimento foi simplificado então dezenas de pessoas trans já modificaram o seu nome legalmente e já mudaram os seus documentos legalmente” (ENT 3, MULHER TRANS)

“Aqui em Fortaleza, acho que foi o primeiro município a retirar as especificações após a desburocratização do processo de retificação, isso é bom porque, vamos por exemplo, eu enquanto uma travesti lá na minha identidade vai vir sexo feminino, mas eu não vou atrás de um ginecologista, eu vou atrás de um urologista, mas ainda assim há essa dificuldade de entendimento, né, e aí a gente entende que a gente é corpo, é corporeidade, então existe aí numa barreira de médicas se recusarem a atender a população T masculina, enquanto médicos se recusam a atender a população T feminina, vice-versa, e a gente sabe das validações que alguns processos dá para que essas pessoas sejam, ajam de cunho preconceituoso, a gente sabe que infelizmente isso é um número muito grande, e aí dentro desse aspecto é uma violência muito muito latente” (ENT 2, MULHER TRANS)

“eu estou falando muito em retificação do nome, e a retificação do nome da pessoa, por quê? Porque isso também é uma questão de saúde, isso vai garantir o acesso, então, e isso também vai trabalhar sua saúde mental, quando você tem ali, de fato, um documento onde as pessoas vão saber que ali sou eu e não o fulano de tal, então isso é muito importante mesmo, que vai te fortalecendo” (ENT 17, HOMEM TRANS)

E você retificou o seu nome há quanto tempo? “há uns 5 meses já.” Aí você não foi ainda no posto com o novo documento? “Eu fui em um posto agora, mas agora não lembro qual é o nome do posto. Mas eu fui em busca de uma consulta com o endócrino, para fazer outra tentativa de ser encaminhada pro ambulatório Sertrans, na qual eles pegaram minha certidão direitinho, pegaram meus documentos, me trataram com o nome certo, pronomes certos, tudo corretamente bem. Esse posto, inclusive, recebe outras pessoas trans. Acredito que essa

convivência com as pessoas que trabalham no posto faz com que tenham esse respeito maior.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“Eu estou com os meus documentos retificados, fazem quatro anos.” E de lá para cá, com os documentos retificados melhorou muito? “Não aconteceu mais, melhorou muito”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“E depois desses episódios, que eu já tinha feito a retificação de nome gênero, né, que foi aí, eu comecei em final de 2018, mas só recebi minha certidão em 2019. Já não tive mais esses problemas, né?”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“Eu não tenho nenhum problema pelo fato de já ter meus documentos retificados, então não tive nenhum problema nesse sentido. Eu acredito que eu poderia ter enfrentado algum tipo de problema no posto se eu tivesse procurado atendimento, por exemplo, ginecológico. Agora não, porque agora decidiram mudar algumas regrinhas, e a gente está tendo mais acesso.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“Então eles têm noção de que eles vão ter que trabalhar com a gente, sabe? E eu acho que isso já gera até uma filtragem, eu acho, um filtro assim da pessoa que aceita trabalhar lá e a pessoa que não aceita, sabe? E isso já facilita muito, porque você sabendo o público que você vai trabalhar, você já consegue ter, assim, uma visão de como você vai ter que lidar com eles, sabe?” (ENT 9, HOMEM GAY)

“A última vez que a gente foi, a gente foi tomar uma vacina e aí a moça, tipo, foi super solícita e tal. Inclusive, encaminhou ele pra... Era um posto, né? A gente foi tomar vacina e aí encaminhou ele pra falar com a secretaria pra poderem mudarem o nome no, não sei se se fala prontuário, não sei, mudar o nome lá no sistema deles. E aí, dessa última vez, a gente conseguiu que eles colocassem o nome social”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro, HOMEM TRANS)

“eu passei a frequentar mais atualmente, já depois de ter começado a minha transição, e eu faço as minhas aplicações da testosterona de 21 a 21 dias lá nesse posto aqui, e me sinto totalmente acolhido, não tenho nenhum tipo de questionamento, nenhum tipo de coisa que possa me barrar de frequentar”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“eu chego, tá lá, a enfermeira, a enfermeira fala meu nome social, fala meu nome certo, meu nome correto, me trata com a maior educação do mundo, tem o ambiente totalmente esterilizado, totalmente controlado, então eu considero como sorte, eu considero como sorte”(ENT 18, HOMEM TRANS)

Sabe dizer se no posto de saúde o teu cartão do SUS, o digital, o sistema já está com o teu nome retificado?

“Sim, foi a primeira coisa que a minha avó quis resolver, então já quando ela é atendida pelo SUS regularmente, então ela foi atrás disso logo, para mudar, para que não tivesse problema nenhum se acontecesse alguma coisa, e no posto fosse o único a ser o que fosse me ajudar e eu não tivesse nenhum problema de ante mão, então assim que eu fiz a minha retificação, eu já mandei o meu nome lá.” Aí você foi com a sua avó nesse dia? “Foi, e foi tudo tranquilo, novamente o sistema de saúde dando de 10 a 0 no particular, o sistema público dando de 10 a 0 no particular, por conta que pegaram a minha certidão, a minha certidão não, a minha identidade, entraram no sistema, mudaram o nome, foi isso, não durou nem 10 minutos, foi de 5 minutos e 4 minutos foi para pegar a fila para ser atendido e é isso aí.”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“eu ainda acompanhei uma amiga minha, que era para fazer uma consulta com o médico e eu contei que eu tinha um encaminhamento. Então, o que eu escutei, ele foi bom, muito receptivo com ela, respeitava os pronomes dela, foram realmente pessoas bem agradáveis em relação à pessoa dela.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“todos os postos que eu fui em relação à vacina, porque tem um posto do lado do meu trabalho, sou professora do serviço público, sou professora da prefeitura. E lá todos os postos me atendem muito bem, sou muito bem acolhida. Chegou alguns até perguntar assim qual o pronome que eu... algumas enfermeiras, né? Qual o pronome? Aí eu: não, relaxa. É ela, dela e tal. Fico mais tranquilo.”(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

“eu não tive nenhuma experiência (de LGBTfobia) em postos de saúde pública”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“quando a gente frequenta alguns destes postos muitas das vezes somos tratadas normalmente”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“E aí eu conversando com um amigo dessa situação e aí ele me falou que existem os CTs, que são centros de testagem, que já é mais voltado assim pra essa temática de ISTs e não sei o quê, e que me pareceu ser bem mais acolhedor, né, só por ser um ambiente que aborda isso, do que uma unidade básica de saúde. E aí eu fui, e fui assim, muito bem recebido, muito bem orientado, muito bem tratado, e assim, eu não me imagino mais indo a outro local ou indicando amigos a irem sem ser lá, entendeu?”(ENT 9, HOMEM GAY)

“Recentemente teve um mutirão da Saúde LGBT que a Secretaria de Saúde promoveu. Eu compareci nesse mutirão, foi realmente uma equipe que desde o porteiro até a pessoa da limpeza e os médicos trataram a gente muito bem. Realmente eu fiquei bem surpreendido com tudo e eu resolvi dar prosseguimento ao objetivo do mutirão, que era o quê? Tentar ter um acompanhamento com o médico pelo posto de saúde. Então eu fui à minha primeira consulta, a médica foi excepcional, as pessoas lá do posto também, e isso fora da ação do mutirão, né? As pessoas do posto mesmo em si. Então não tive nenhum problema, foi muito bom”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“E aí, ocorreu, no caso, em posto de saúde, eu não tive tanto problema, em posto de saúde eu não tive, foi bem tranquilo para adicionar o nome social na Carteira Nacional do SUS e tal, foi bem tranquilo essa parte, e assim, nos postos de saúde era bem tranquilo(...) Eu tive sorte nos meus acessos, foi bem tranquilo.”(ENT 6, MULHER TRANS)

“o atendimento com a profissional médica que me atendeu, quando ela identificou que eu era uma mulher trans por ver o nome masculino na ficha e ver que a paciente era do gênero feminino, então ela já me perguntou qual era o meu nome social e aí eu fiquei feliz, respondi e ela perguntou porque que eu não tinha registrado na recepção, já que era um direito meu e eu informei que eu havia recebido da recepcionista que é porque o sistema não tinha o campo para registro, mas aí a médica me falou de uma alternativa que eu não pensei na hora, que a atendente da recepção poderia ter registrado pelo menos entre parênteses o meu nome social, ou ter colocado uma barra, alguma coisa, algo que salientasse o nome social junto com o nome civil e eu não havia pensado nisso porque eu estava com bastante dor.”(ENT 3, MULHER TRANS)

“Eu particularmente nunca tive esse impasse(...)Eu nunca tive bloqueio ou dificuldade de acessar a unidade de saúde”(ENT 2, MULHER TRANS)

“Eu nunca tive, de fato, barreiras para procurar saúde básica de saúde, né? Os postos de saúde aqui do bairro”(ENT 1, MULHER TRANS)

“Então, uma UPA que pouquíssimas vezes eu tive problema com isso, foi mais falha de comunicação mesmo da direção mesmo da UPA, e que de imediato eles já tomavam as medidas cabíveis quando acontecia, que era onde eu morava anteriormente, então lá, nessa época foram pouquíssimas vezes mesmo que eu passei para alguma coisa do tipo.”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“eu faço o acompanhamento no Hospital universitário da UFC, eu faço acompanhamento na cardiologia. Dentro desse Hospital Universitário eu percebi que teve uma grande mudança na questão em relação a pessoas LGBT. Porque assim que eu entrei, que eu me entendia como uma mulher trans, eu já noticei as pessoas antes mesmo de adicionar o nome social ao documento, as pessoas lá foram extremamente mais receptivas, foram pessoas mais abertas. Acredito que muito pela questão de ser um Hospital Universitário, que receba um monte de pessoas, diversas pessoas tanto pessoas jovens já que é um hospital Universitário, pessoas que trazem ali um entendimento maior, uma forma melhor de lidar com outras pessoas. Mas é definitivamente notável a diferença de como fui tratada dentro dos postos e como fui tratada dentro do Hospital Universitário.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“Eu acabei de fazer há pouco tempo (testagem para ISTs). Fiz uma solicitação, isso tudo online, e chegou no meu local de endereço, de uma forma muito discreta, muito corretinha, os exames que eu solicitei, tudo gratuito, de uma forma muito discreta, então, assim, não correr atrás e fazer o exame, eu falo do exame... do teste de uma forma... não sei... acho que mais objetivo,né, no sentido em relação à saúde, porque a saúde é geral, mas eu estou falando em relação ao teste, porque realmente hoje só não faz o teste, só procura saber se você está com algum problema de saúde, é quem não quer, porque realmente hoje a rede pública te oferece meios para você ir atrás.”(ENT 4, HOMEM GAY)

CATEGORIA: ESTRATÉGIAS DE MELHORA DO ACESSO

Subcategoria capacitação/formação profissional

“Eu acho que só reforçar mesmo a formação profissional e não só dentro das graduações, né, eu acho que a gente discutir isso nos outros campos de processo de construção de conhecimento (pós-graduação)”(ENT 20, MULHER LÉSBICA)

“sim, precisa melhorar, e não é só a coordenadora da diversidade fazendo formação, porque senão ela vai ficar louca, precisa sim, precisa sim, no caso, ter mais formações, não só no âmbito da saúde, né, e a coordenadoria da diversidade também tem que botar outras pessoas pra fazer outras formações, pagar, liberar o dinheiro do município pra gente, ela podia me chamar pra me fazer uma formação, eu ia linda, e, tipo, vamos lá, é isso, é, o que poderia melhorar seriam as formações”(ENT 6, MULHER TRANS)

“Se não conhecem essa portaria (PNSI LGBT), se não conhecem as suas diretrizes, se não conhecem a finalidade, a importância, o impacto social da aplicação dessa política, que inclusive propôs um plano operativo, que não foi posto em prática na sua complexidade, então isso provoca uma lacuna gigante, uma falha gigante, que pode ser até irreparável no atendimento da nossa população”(ENT 3, MULHER TRANS)

“Olha, eu acho que tem que, que precisa ter investimento em pauta de inclusão. Não só LGBTQIAPN+, mas, tipo, na pauta negra, na pauta de pessoas com deficiência. Eu acho que muita coisa acontece porque as pessoas não têm formação suficiente nas mãos, ou então não têm protocolos desenvolvidos pra lidar com essas situações. Então, acho que isso precisa ser um foco, assim, de informar, instruir e preparar essas pessoas pra essas situações. Isso, principalmente dentro das pautas de minoria, eu acho que é isso”(ENT 5, MULHER LÉSBICA)

“Só, por favor, mais informações e mais políticas públicas de saúde para mulheres lésbicas, né, pelo amor de Deus, porque é o ó, tem vezes que é o ó ir pro ginecologista.”(ENT 13, MULHER LÉSBICA)

“Mas essa questão também do atendimento, de informar pessoas para saberem como atender, saber como tratar... Eu vejo muita gente ignorante dizendo, tratando a trans pelo nome, pelo nome que está lá no documento e não tratando pelo nome social da pessoa, então assim, eu acredito também essa questão de formação, né, formação dessas pessoas que estão à frente”(ENT 4, HOMEM GAY)

“o preparo precisa ser feito não pelo homem cis ou por uma mulher cis, branca, cisgênera. Esse preparo do atendimento à essa população precisa ser feito com vozes dessa população. Essa população precisa ser ouvida, ela precisa estar para capacitar. Não adianta um homem cis ou uma mulher cis falar por nós, falar sobre nós, falar que saúde melhor para essa população que não seja a própria população?”(ENT 1, MULHER TRANS)

“Eu acho que primeiro a gente tem que informar as pessoas, né, principalmente, aliás, todo mundo envolvido na situação, desde a pessoa que tá na recepção até o médico em si, até o profissional, pra diminuir esse tipo de violência, eu acho que os processos, né, os processos que eu digo, tipo, como que, se chegar, por exemplo, uma pessoa trans na minha recepção, como que eu procedo, né, como que eu faço pra trocar esse nome e tal. Eu acho que esse tipo de, como é que eu chamo, de iniciativa, né, tipo, esses protocolos precisam ser divulgados e precisam ser claros, tipo, como é que eu faço quando acontecer essa situação, entendeu? O que eu devo fazer e tal. E eu acho que uma questão de educação mesmo, pra não ocorrerem violências. Eu acho que é isso, assim, mais informação no geral.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA)

“e que toda essa questão seja lançada, seja mesclada às academias, à formação desses profissionais, a formação precisa ser capacitada, então vem desde a base, né? Mas assim, que hajam mais ações de capacitação, capacitações que não sejam uma ida simples, rápida, que não vai ensinar ninguém, mas sim uma capacitação séria e contínua, uma capacitação contínua, em que esses funcionários compreendam que isso é parte da qualificação deles enquanto profissional, tendo em vista que eles podem, inclusive, perder os seus empregos, serem processados, e gerar um enorme conflito, tanto para a sociedade, para os usuários, como dentro da instituição, pela falta de capacitação a um atendimento anti-LGBT fóbico”(ENT 8, MULHER TRANS)

“Agora, é necessário que se faça capacitações constantes com todos os níveis de funcionários. Porque aí você trabalha no tempo com relação à prevenção. Não vamos esperar as pessoas serem discriminadas, não. Vamos fazer e por isso que é importante a constância nas capacitações, nas rodas de conversa. Sempre pega aquele posto lá, pega uma vez por mês, a gente pode discutir. Se você pegar uma vez por mês, no ano você fechou 12 rodas de conversa sobre assuntos delicados, entendeu?”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“Eu não sei se é completamente inviável, se eu estou viajando, mas há muitos anos atrás, quando houve um caso de transfobia em um callcenter que eu trabalhava. Isso foi lá em São Paulo, né? Em Campinas, a moça, a menina trans, foi em um centro de referência. E esse centro de referência mandou um equipe lá na empresa para fazer uma palestra, entendeu? Tanto para o RH da empresa, quanto para os cooperadores também, entendeu? Para generalizado, para educar, para conscientizar. Isso, realmente, naquela ocasião, teve muita gente que: ah, que besteira. Mas mudou, mudou a postura, a empresa aderiu algumas novas políticas com relação a isso, entendeu?” (ENT 10, HOMEM TRANS)

“mas temos que ser educados e gentis com todo mundo, e para isso acontecer a educação tem que estar, a inclusão de pessoas tem que estar, e punição por fim não funciona, porque a punição só gera mais vingança, gera mais ódio a tais pessoas, então eu acho que sistemas de treinamento que sejam utilizados não antes da pessoa se transformar no profissional, mas a pessoa enquanto profissional ainda sim receber treinamentos de como agir com pessoas porque existem profissionais que se formaram em quase 20, 25 anos e que não têm acesso a informações de hoje, que ainda fazem métodos antigos, e essa inclusão de treinamento para todo mundo, literalmente lidar com corpos diferentes, com corpos de pessoas diferentes, para ter menos preconceito, para ter mais humanização, tem que ter treinamento, a gente precisa ser eternos alunos, não é porque eu me formei que eu sou melhor, que eu não tenho nada mais a aprender, então principalmente nesse lance de saúde, temos que nos inovar, temos que urgentemente mudar esse sistema, e a gente só vai conseguir fazer isso se unindo, se todo mundo se ajudar, se todo mundo se organizar, a gente consegue chegar em qualquer lugar” (ENT 18, HOMEM TRANS)

“Em todas as unidades de saúde pública, desde o porteiro, do vigilante, né? A moça da recepção, o enfermeiro, o médico, todo mundo, assistir, de repente, a mesma palestra, a mesma oficina, o mesmo conteúdo informativo, educativo.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

“Porque isso deveria de ser currículo dentro do curso, obrigatório. E não um currículo adicional, faz se você quer.” (ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“a educação tem que ser mudada urgentemente, o nosso método de educação a cada dia que passa é mais precário, com a instalação desse novo ensino médio ele vai ser mais precário ainda e vai formar profissionais menos preparados, que é isso que os lá de cima quer né, que tenha mais gente burra para ser controlada, então eu acho que a educação é um ponto importantíssimo para a gente poder mudar a formação dos profissionais.” (ENT 18, HOMEM TRANS)

“Pronto, tipo assim, como eu fazia parte do Cuca também e como eu era do coletivo, a gente sempre pautava mais fazer essas rodas de conversas com os próprios funcionários, porque até dentro do Cuca tem o pessoal homofóbico, machista, misógino. Aí que a gente sempre fazia uma roda de conversa. No dia de segunda-feira o Cuca não funciona, tipo assim, pra um atendimento ao público, é só o interno. A gente pegava os funcionários, fazia uma roda de conversa, bate-papo. E tipo, pra introduzir, falar um pouco sobre a diversidade, sobre o universo LGBT e tal.” E você achava que era frutuosa essas rodas de conversa? “A gente tentava, né, mas algumas pessoas, tipo, não mudava, não modificavam os seus pensamentos e tal, mas algumas sim.” (ENT 19, HOMEM GAY)

“Formação profissional. Eu acho que muitos dos profissionais ainda não entendem, e como não é uma coisa que é tocante para eles, e aí eu falo isso numa perspectiva generalizada, mas eu sei que não é assim que funciona, mas formação profissional mesmo, de colocar a educação permanente para trabalhar voltada para essa questão da saúde da população LGBT” (ENT 20, MULHER LÉSBICA)

“Eu acho que uma das coisas a se fazer é uma política de conscientização, uma política de aprendizado, a gente precisa com que os profissionais eles se reciclem com mais frequência, não adianta você pegar 50 profissionais da saúde e achar que eles vão fazer o processo de disseminar o conhecimento, o conhecimento de modo geral ele precisa ser diluído, os profissionais precisam entender as leis que atendem a nossa população LGBTQIAPN+, com o recorte das siglas com mais vulnerabilidade social, que são da população T, população não binária, que ainda você tem uma dificuldade muito grande de entendimento, né, e aí dentro das normas de padrão é que a gente não se enquadra, a gente não tá ali, então essas pessoas precisam estudar novamente, porque é cansativo, a gente tá lutando para sobreviver, para tentar não morrer e ainda tem que ter tempo para educar determinados profissionais que era meio que obrigação ele saber tratar de forma digna, de forma humana, toda e qualquer pessoa, sem distinção de raça, cor, de etnia, de gênero, sexualidade.” (ENT 2, MULHER TRANS)

“Aí eu acho que o acesso melhor seria, tipo, se tivessem mais campanhas pra criar um incentivo e o pessoal também tentar aprender um pouco mais sobre o universo LGBT. Tipo, roda de conversa, palestra, bate-papo.

Acho que tudo seria uma boa pra começar a desenvolver sobre esse assunto e o pessoal ter um pouco mais de empatia.”(ENT 19, HOMEM GAY)

“você, primeiro, você tem que trabalhar com capacitação, aonde trabalha algumas técnicas de Moreno, algumas técnicas em que elas trabalham o eu da pessoa, a pessoa se desmontando. A melhor forma que tem de você pegar um grande intelectual, o grande intelectual vai ter dificuldade de trabalhar, às vezes, algumas coisas lúdicas. Ele é muito cabeça, ele não tem espaço para essas coisas. Aquele que é mais lúdico, ele não tem um intelectual, mas se você juntar os dois e fazer os dois fazerem essas questões, mais lúdica, mais coração, você nivela, você nivela. Então, as capacitações deveriam ser tratadas desta maneira. E não todo mundo sentadinho numa sala de aula ouvindo alguém falar ou dois alguém falarem, porque é uma sala de aula, é uma reprodução. O jovem, ele não... eu dou capacitação, curso, eu brinco, entendeu? Porque, através do brinquedo, do lúdico, as pessoas se libertam, elas se soltam. E as capacitações da saúde deveriam ser nessa linha.”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“Então eu acho que essa questão da capacitação da educação permanente para esses profissionais dentro das próprias unidades sendo feitas por pessoas LGBTs, porque pode haver aquele pesquisador mais renomado no mundo que escreveu diversos artigos, que fez diversas pesquisas, falam sobre população LGBT, mas ele não é uma pessoa LGBT que sabe as demandas e a dor que lhe dói, sabe? E eu acho isso muito importante, de incluir a população LGBT dentro desse processo de capacitação desses profissionais, sabe? Porque se não tem como gerar uma... Acho que quando a gente fala daquilo que nos afeta pra pessoas que não são semelhantes a gente, eu acho que a gente consegue gerar uma maior empatia, sabe? Então eu acho que um dos pontos essenciais é esse. A capacitação do profissional de uma forma mais dinâmica e voltada pra esse sentido de mostrar pra ele que faz necessário ele aprender sobre aquilo e utilizar na prática dele.”(ENT 9, HOMEM GAY)

“Ou eu fico nesse lugar de educador né (risos)... eu tenho que ficar explicando o que é que eu sou, quais são os pronomes e mesmo assim as pessoas ficarem errando os pronomes, então... eu acho que isso passa por um lugar mesmo de necessidade de formação com os profissionais de saúde, porque não é só chegar lá e dizer: ó, a pessoa não binária... Sim (incompreensível, necessidades? Particularidades?) de uma pessoa não binária? Ela é diferente de uma travesti, ela é diferente de uma mulher trans, do homem trans, é diferente! Vai precisar um outro tratamento, os pronomes têm que ser outros e as pessoas não estão preparadas para falar uma linguagem diferente do padrão. A gente não tá enquanto sociedade né? então eu acho que não adianta, assim... não é um processo meu sabe? de eu chegar e ficar me afirmando... é também, mas por isso que existem as muitas sociais para que as demandas elas cheguem e virem exigência e virem uma necessidade e aí o Estado tem que fazer, fazer que esse atendimento ele exista da forma que deva existir com as suas necessidades específicas”(ENT 21, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

“Você acha que é suficiente? Você acha que precisa de mais? “Não, não é suficiente, eu acho que a gente, como alunos, a gente ficou muito presa na questão da política mesmo, e eu acho que a gente tem que debater de forma mais ampla o beabá, a gente tem que realmente explicar o que que é cada letrinha, da sopa de letrinha, para as pessoas realmente entenderem a diversidade que tem dentro da população LGBTQIAP+, para a gente ver que ser hétero não é, tenta transformar na verdade, que o ser hétero não é a norma, nós LGBTQs não somos os outros, a gente também é sujeito e tudo mais, então com certeza acredito que não foi o suficiente. E eu não lembro de ver mais em nenhum momento da graduação, nem em saúde da mulher, que a gente poderia falar sobre a saúde sexual de mulheres e lésbicas, bissexuais, e mulheres transsexuais, pessoas trans, nem no estágio mesmo” (ENT 20, MULHER LÉSBICA)

Subcategoria: Legislações e Políticas públicas efetivas e eficazes

“A gente não está dizendo aqui que a população de LGBTQIAP+, precisa ser melhor atendida que a sociedade que também frequenta, mas a gente não quer direitos a mais. A gente quer os mesmos direitos. A gente quer ser respeitada, a gente quer procurar saúde pública e ser respeitada. A gente quer procurar saúde básica de saúde e poder ser tratada e poder ter acesso a essa saúde pública.”(ENT 1, MULHER TRANS)

“E eu acho que falta principalmente a aplicação correta da portaria do Ministério da Saúde, número 2836 que é de 1 de dezembro de 2011, que institui a política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Porque a gente tem uma política pública bem elaborada, que é essa portaria, ela é muito bem elaborada no sentido de contemplar várias dimensões da saúde integral da população LGBTQI+, todavia, ela ainda não é aplicada na sua magnitude, na sua plenitude, ela é aplicada em partes, em partes bastante

limitadas e isso quando é aplicada. Então, eu acho que muitos profissionais da saúde como um todo, médicas e médicos, enfermeiras e enfermeiros, odontologistas, fisioterapeutas, psiquiatras... Todos esses profissionais da saúde precisam conhecer essa política nacional de saúde integral” (ENT 3, MULHER TRANS)

“pra além das formações, eu espero que dê certo, tem uma PL, que essa PL é pra cotas, em concursos, pra pessoas trans, e aí eu espero que essa PL seja autorizada, no caso seja votada, e seja, aí, entre vigor e tal, e que pessoas trans que têm graduação, claro que não são todas as pessoas trans que conseguem acessar, mas que pessoas trans possam acessar esse o concurso, possam ocupar esses espaços dos postos de saúde, dos hospitais e tal, através dos concursos, e que esses corpos também, ocupando esses espaços, eles possam estar militando e dizendo que a gente existe, porque também é sobre a gente ocupar, né, que pessoas trans possam ocupar, que pessoas cis possam saber que a gente tem direito, que elas possam saber nos respeitar, que a gente, não é só pessoas pelas quais devemos andar na noite, mas também andamos durante o dia, e temos direitos” (ENT 6, MULHER TRANS)

“Existem pessoas que, passando por um treinamento, respeitariam por ser um ambiente de trabalho, por precisar do trabalho. Mas tem pessoas que colocariam o seu caráter e suas crenças e valores acima de qualquer coisa, mesmo que se desrespeitem os outros. Mas aí, é o caso de medidas administrativas mais veementes, já que se está sendo oferecido algum tipo de instrução para as pessoas, e elas não estão cumprindo(...) E que isso não fosse só tipo: ‘ah, você, por gentileza, cumpra’. Não! Que fosse uma norma de trabalho, que quem descumprisse recebesse de repente ali uma punição administrativa.” (ENT 10, HOMEM TRANS)

“eu espero que tenha ambulatório regulamentado aqui no estado do Ceará, para que nós pessoas trans possamos acessar, não só a parte ambulatorial, clínica, mas a parte cirúrgica também, porque é necessária, não só pra mim, que é um corpo que necessita, mas outros corpos” (ENT 6, MULHER TRANS)

“eu espero que as políticas públicas, elas não caminhem de forma lenta, né, eu acho que a gente não tem mais tempo pra lentidão, pra atraso, acho que a gente precisa mesmo é de avanço, e que as coisas aconteçam, porque todo mundo paga imposto, todo mundo tem direito, só que tem gente que não tá tendo direito, só que tem gente que não tá tendo acesso, e aí tipo, se o acesso à saúde já tá difícil pra pessoas cis, imagine pra nós pessoas trans, né, e aí fode, assim, lasca, prejudica, sem usar palavrão, prejudica a vida de muitas pessoas, né, e tem gata que ainda morre por conta de boy, por terapia hormonal de forma indevida, e enfim, tem gente que morre por automutilação genital, corporal, e é uma realidade” (ENT 6, MULHER TRANS)

“eu acho que o negócio teria que ser realmente, as pessoas comecem a levar sério, e o país de uma forma toda, começar a ser rígido, na questão do prender mesmo, do encarcerar, da pena rígida, porque quando as pessoas entenderem que elas podem perder a liberdade delas, e pararem de usar a própria liberdade para justificar a transfobia, ataques transfóbicos, LGBTfobia e homofobia, bifobia e o carai a quatro essas pessoas vão começar a entender que tipo: ah mas é minha opinião, foda-se, tu tá presa, vai ter a tua opinião lá no julgamento, vai ter a tua opinião lá com o juiz, aí as coisas vão mudar” (ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“e aí também é complicado quando você individualiza as coisas né, não é um profissional que tem que ter uma postura... ele pode fazer a diferença né no ambiente dele, ah, eu sou um profissional que lido com essas questões né, eu tenho uma compreensão disso, eu já faço uma diferença no local... mas é algo sistêmico, não adianta uma mudança individualizada né, realmente o que a gente está exigindo né enquanto movimento social, movimentos sociais é que existam políticas específicas né voltadas para isso e aí porque não... não vai ter uma mudança individualizada, não é uma coisa que ela acontece a nível individual assim.” (ENT 21, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

“Eu acredito que divulgação é uma delas, porque muitos, muitos, muitos não sabem, tipo, onde se faz o exame, como é o processo, tem vergonha de ir atrás, eu acho que poderia ser mais divulgado, né? Poderia ser, tipo, esse exame que chega em casa, ele poderia ser mais divulgado, para que as pessoas se interessem mais, talvez, a saber da sua saúde, então essa questão de divulgação poderia existir de uma forma mais, mais clara para a população em geral, principalmente a população LGBTQIA+” (ENT 4, HOMEM GAY)

“A gente tem uma política que é direcionada para isso e as pessoas não conhecem, as pessoas ainda não entendem o que é orientação sexual, o que é identidade de gênero, e aí essas microviolências muitas vezes se tornam macro na prática, na questão dos exames, solicitação de exames, ou na prática da consulta de saúde sexual reprodutiva, que mulheres lésbicas é mais complicado fazer muitas vezes, ou homens trans que também precisam fazer” (ENT 20, MULHER LÉSBICA)

“A questão dos planos particulares, infelizmente hoje, os poucos avanços que eles têm é só por conta de que são obrigados. Isso é um fato. Eles jamais vão se adequar a uma demanda que eles não vão ser obrigados. Essa demanda da população trans, eles só viram a se adequar a questão de nome social e outras coisas, porque eles foram obrigados a fazerem isso. O contrário, eles não fariam. Então é um pouco mais difícil bater de frente com

a questão da saúde particular, porque o que é saúde pública, o que está mandando, tem que fazer. Agora o que é saúde particular, eles só vão fazer se eles forem obrigados juridicamente. Enquanto não, eles não vão fazer. Então o que eu espero é que tanto esse atendimento da saúde pública venha se expandir também para a saúde particular. Até porque na saúde particular você está suando para pagar uma coisa que você tem que ter o mínimo de direito possível. E você não ter é complicado”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“Eu acho que quando chegar nesse momento de ter um médico desse e o meu corpo, o corpo da minha irmã trans se sentir capaz e abraçado ao ponto de poder chamar uma polícia e saber que aquele ‘fi de uma égua’ vai ser responsabilizado, aí a gente já está no lugar onde as pessoas vão ter medo, sabe? E mesmo que elas pensem o que elas quiserem, que não importa no final das contas pras outras pessoas, existe ali uma legislação a ser seguida e acabou! Ah, mas a minha igreja... acabou! Ah mas... não quero saber! Entendeu?”(ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“Eu acho que, tipo, assim, porque geralmente a gente só vê campanhas e tudo mais voltado pro mês de junho, que é o mês da diversidade, né? A gente deveria ter, tipo, campanhas mais efetivas, porque pronto, eu não sou pansexual ou viado só em junho não, nós passamos todo dia trabalhando, pagando os impostos e tudo mais.”(ENT 19, HOMEM GAY)

“a população LGBTQIAP+, precisa ser ouvida para que ela possa ser melhor atendida.”(ENT 1, MULHER TRANS)

Subcategoria: tratamento humanizado

“Eu acredito que buscar sempre na raiz do problema, pela solução. Ensinar as pessoas que existem realidades fora delas. Por exemplo, em relação ao médico que foi transfóbico, ser uma pessoa branca, ser uma pessoas cis, hétero, eu vou ter uma bolha e eu consigo entender que existem barreiras pra informações chegarem a esse tipo de pessoa, pois tem uma bolha gigantesca. Acredito que uma grande solução é voltar a ensinar, voltar a lembrar, voltar a conscientizar, pra que essa informação chegue a locais, com pauta LGBT e realmente chegar, ensinar, mostrar a realidade, acredito que isso tenha uma grande ajuda e traga melhora em relação as pessoas LGBTs.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“O que falta, a melhoria que falta, é tratamento e o atendimento humanizado à população LGBTQIAP+, as travestis, homens trans, mulheres trans e toda a sociedade, todas as pessoas que frequentarem ali, serem tratado de forma humanizada, que aquela população LGBTQIAP+ possa ter acesso à saúde de forma plena como qualquer cidadão”(ENT 1, MULHER TRANS)

“Essa população ela precisa ser atendida de forma humana. Não existe atendimento que se não seja humano. Então essa população precisa ter acesso à saúde humanizada. É isso que precisa acontecer no âmbito da saúde da população trans, travestis, LGBTQIAP+, que tanto sofre com tanta discriminação, em quesito da saúde, em quesito da educação, de empregabilidade.”(ENT 1, MULHER TRANS)

“compreender que estudar uma postura anti-LGBT fóbica é primordial, é a base desse atendimento, tendo em vista que é uma parcela enorme desses usuários, parcela essa que precisa ser resgatada, parcela essa que precisa acreditar e saber, e ter convicção de que essas instituições são para o nosso atendimento também, que esses espaços devem ser seguros para nossas existências também, ter os nossos direitos assegurados, né?”(ENT 8, MULHER TRANS)

“Nesse momento eu não consigo pensar em nada para além da comunicação mesmo, acho que talvez ter entre os funcionários, entre o corpo, entre os integrantes das unidades de saúde, momentos que preparem né para falar, para como se comunicar, para como sair do óbvio nessas situações de inclusão mesmo, porque não sei nem se a gente deveria pensar sobre inclusão, aliás, pela palavra inclusão, né, afinal, falar e incluir já normaliza a ideia de que existem pessoas que não estão inclusas, né, que não são do bando, assim, mas eu acho que as pessoas precisam aprender a se comunicar melhor, e dentro desse aprendizado na comunicação incluir as subjetividades, entendendo o que falar, né, entendendo outras formas de falar, outras formas de esperar nas respostas, de entendimento de que existem, enfim, uma diversidade realmente que eu poderia partir do princípio de uma, de palavras mais, como é que eu posso falar, uso de palavras mais neutras talvez, né, de perguntas logo de cara, né, como você mesma falou, essa ficha que fosse respondida, né, para que ela possa olhar ali e dizer já, de princípio, saber como se portar, não sei, acho que a palavra que eu traria seria comunicação mesmo, aprender e entender melhor como se comunicar.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“assim, humanizar mesmo a pessoa trans, porque as pessoas, a sociedade, está sempre acostumada a nos colocar como coisas diferentes do que é ser humano”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“mas em questão de conseguir acesso aos exames democráticos, a gente consegue, é, realmente só acesso mesmo a respeito que, infelizmente, é um pouco abstrato para pessoas, para essas pessoas (quem pratica LGTBfobia nos serviços de saúde)”(ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“esse banheiro único, o que eu acho que iria diminuir 80% dos problemas de higiene, porque seria limpo, seria seguro, teria assistência, então é muito complicado, é um problema real, é um problema que impacta muito, é um problema que fere, porque é uma necessidade básica sabe? de você frequentar os banheiros, e não ter essa assistência para você, não ter essa atenção, não ser considerado como se fosse um assunto de respeito, como se fosse besteira, porque o que é considerado essa problemática é como se fosse uma besteira mesmo, sendo que afeta muitas pessoas, afeta muitas pessoas mesmo.”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“por isso que os banheiros públicos devem ter uma maior segurança(...) então, é necessário até mesmo que a arquitetura, o urbanismo, possa pensar nessa possibilidade de um banheiro mais inclusivo”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“mas é aquela coisa né que eu falei, assim, a pessoa entende mas esse entender não é cotidiano da pessoa, ela vai ter uma escolha né mas é diferente de eu assumir isso pra mim enquanto profissional né, tipo: ah, eu tenho pessoas que vão me chegar e elas são de uma identidade de gênero diferente, né, são pessoas trans, seja não binário, seja mulher trans, homem trans, travesti, temos necessidades distintas né. Se o profissional ele não (incompreensível, corrobora?) isso não tem muito o que...(fazer) né (...tem a articulação dos movimentos sociais mas precisaria também de uma iniciativa dos próprios profissionais de saúde também né, porque não é só uma questão de identidade de gênero, por exemplo, um atendimento racializado, né? Assim, um atendimento...é... são muitos fatores sociais né e eu acho que isso também tem que ser uma luta coletiva né, os profissionais de saúde muitos, alguns né fazem parte desses coletivos né, de luta também... então é uma coisa que tem que haver pressão nossa enquanto movimento tem que haver uma pressão também por parte dos profissionais, de se atualizarem, de entender as questões sociais, acho que tem isso também.”(ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“E aí quando acontecem as situações. Então eu não consigo te dizer o que que poderia ser melhor para melhorar, porque para mim o que seria melhor para melhorar seria exatamente uma conduta de comportamento que eles concordassem enxergar.”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“Eu acho que a integração de pessoas reais nos campos de trabalho é muito importante, a inclusão de pessoas trans, inclusão de pessoas travestis, inclusão de mulheres, inclusão de pessoas pretas, tudo isso é super importante para que a saúde seja mais humanizada, porque o sistema de saúde como um todo, eu vejo que ele é muito como se fosse uma carnificina mesmo, como se fosse um bando de açougueiro que trata a gente como se fosse um só pedaço de carne, como se a gente fosse animais, sabe?”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“Porque olha, eu te digo uma coisa, quando você é bem tratado, quando você é bem atendido, você volta com certeza, isso é muito claro na questão de você como cliente, né? Você é bem tratado no local, você volta com certeza, porque você vai comprar onde você é bem tratado, essa loja, esse geral que você pode comprar, você volta com certeza, e da mesma forma é um atendimento que poderia ser com atendimento também na saúde, né? Se você for bem tratado, for tratado realmente como deve ser tratado, com certeza você vai voltar.”(ENT 4, HOMEM GAY)

Subcategoria: importância da rede de apoio

“graças a Deus eu tenho uma avó que insiste em que eu tenha um plano de saúde privado, justamente por conta do tamanho das listas de espera, pela rigidez do tratamento, onde eu não posso pular de dia, então eu não posso arriscar não ter recursos, então é muito importante, e aí por isso eu faço o atendimento no sistema particular com a endócrino”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“e ainda bem que a gente conta com a Rede de Apoio, porque a gente tinha outros amigos que estavam sendo já acompanhados, aí eu disse, gente, alguém tem o nome de uma médica que eu possa marcar e que ela comece a me acompanhar, tal, teve essa vez que eu fui e a mulher falou que por questões religiosas dela, ela não podia, e aí até que eu cheguei na médica que me acompanha, desde então, já faz três anos que eu sou acompanhado”(ENT 17, HOMEM TRANS)

E você andava sozinho, sempre ia sozinho, ou chamava alguém pra aí com você? “Não. Sempre, sempre procurei ir acompanhado, de algum familiar ou então, se eu tiver algum relacionamento, ir acompanhado da esposa, da namorada, mas sempre procurei ir acompanhado, porque é um conforto emocional para a pessoa que já sabe que vai passar por isso, ter pelo menos alguém de confiança ali do lado.”(ENT 10, HOMEM TRANS)

Quando você vai nesses espaços, você se sente melhor acompanhada ou você prefere ir sozinha? “Dependendo do local, eu prefiro ir acompanhada com minhas amigas trans, mas pela questão de, com mais de nós, é muito mais confiável que vai dar tudo certo. Normalmente, quando estamos sozinhas, é muito mais fácil sofrer transfobia, sofrer agressões. Mas sozinha, só em locais que eu tenho certeza de que vou ser bem tratada. Varia muito.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“então assim, ainda bem que eu fui fortalecido ao longo da minha vida para dizer que sim, é um lugar meu e é um direito meu”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“É.. dentro de alguns espaços a gente já fica meio receosa né então a gente evita determinados espaços e a gente troca muito informações com outras manas (...) quando lá em 2016 quando os terminais de Fortaleza foram privatizados e quem tava tomando de conta era uma empresa especializada a gente ia ou em dupla ou em grupo no banheiro, uma entrava no banheiro feminino e as outras ficava na porta para que as funcionárias não inibisse as meninas de entrar o banheiro e assim como outros espaços.”(ENT 2, MULHER TRANS)

Subcategoria: Capilarizar os serviços

“existe ainda uma questão territorial que algumas pessoas não vão conseguir ter acesso a esse posto referência. Então esse tipo de atendimento ele não pode ficar somente nele. As equipes de saúde básicas precisam ser treinadas para poder atender essa demanda. Então o que eu espero mesmo é que isso não caminhe em passos tão lentos. Lentos a gente sabe que vai ser, mas que não caminhe tão lento assim. E que venha cada vez mais se adequar para outras unidades de saúde básicas”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“dentro do meu espaço de fala, é a questão da hormonização(...) é importante que essa saúde pública possa cumprir as demandas daquela mulher trans, daquela travesti, da população LGBTQIAP+, que vão procurar a saúde básica e tem as portas fechadas.”(ENT 1, MULHER TRANS)

“(Serviço) Ambulatorial, seria muito massa que tivesse nos postos de saúde, mas para além de ter no posto de saúde, ter um (serviço) ambulatorial, porque tipo, ah, eu não quero cirurgia, então eu fico só no posto de saúde, entendeu?”(ENT 6, MULHER TRANS)

“Seria interessante, eu acho que seria uma boa, na verdade, seria uma boa que o SUS tivesse a medicação liberada para pessoas trans, e que tivesse uma portaria de planejamento para acompanhamento endocrinológico nos postos de saúde para as pessoas trans, seria bem interessante, apesar de nem todas as pessoas trans quererem fazer o acompanhamento endocrinológico, fora que tem gente NB que não usa hormônio, mas é isso, seria interessante, mas seria interessante o rolê completo mesmo”(ENT 6, MULHER TRANS)

“Essa questão que você falou da hormionioterapia é algo tão importante porque infelizmente pessoas trans têm se autoadministrado com hormionioterapia e muitas vezes, sabe, sem ter conhecimento nenhum. E por muitas vezes também tendo mais conhecimento do administração, do procedimento de enfermagem, por exemplo, do que o próprio técnico de enfermagem, do próprio enfermeiro.”(ENT 9, HOMEM GAY)

“Que essa questão do posto referência que a prefeitura está tentando implantar é algo extremamente positivo e é um avanço, né? Inicial. E que a gente sabe que pode demorar, mas a gente espera que esse atendimento ele venha expandir para todos os postos de saúde, né? Todas as unidades básicas. Infelizmente, Fortaleza é uma cidade ainda muito violenta e a gente sabe que existem pessoas que não podem se deslocar do seu bairro para outro devido a questões de facções e tudo mais. Então tem pessoas que por mais que tenha esse posto referência, se a prefeitura manter exatamente nesse posto, essas pessoas elas não vão ter acesso a ele. Então elas vão ter que se submeter ainda a duas coisas, ou ir no posto onde ela sofre a transfobia, ou se reprimir e não ir ter esse acesso. Ou seja, ela só tem duas opções, ou sofrer transfobia no posto mais próximo, ou não ter o atendimento que ela precisa, que é uma saúde básica. Então a prefeitura precisa pensar nesse sentido, né?”(ENT 7, HOMEM TRANS)

Subcategoria: aumentar os estudos na temática LGBT

“e aí pra que a gente tenha isso, vou ter que falar: fazer pesquisa com os servidores e servidoras da saúde, operadores e operadoras da saúde”(ENT 17, HOMEM TRANS).

“eu acho que falta inclusive literatura científica, que aborde com profissionais da saúde sobre a necessidade de se acolher e de se garantir atendimento humanizado para a população LGBTQAPN+ nas unidades públicas em saúde, tanto na atenção primária, quanto secundária e quanto terciária, porque eu que procuro estudar muito, que procuro me aprofundar bastante nessas questões, até porque já administrei algumas formações para grupos da saúde, eu tenho dificuldade em encontrar literatura científica, e essa dificuldade atrasa o processo de elaboração de políticas públicas (...) é uma necessidade urgente, e mais do que justa, se produzir conhecimento que impulse a elaboração de políticas públicas ou de estratégias em saúde para alcançar a saúde integral da nossa população.”(ENT 3, MULHER TRANS)

CATEGORIA SISTEMA DE SAÚDE CISHETERONORMATIVO

Subcategoria: apagamento da identidade de gênero e orientação sexual

“Eu tenho essa sensação de negação da sexualidade na solicitação de teste rápido, né, porque eu, como eu disse, eu gosto de fazer pelo menos anualmente, ou sempre que eu vejo alguma campanha eu vou lá e faço, e aí no caso eu tenho a entrevista, né, pré-teste, e eu lembro de falar da minha orientação sexual, e viver esse processo de apagamento mesmo, de que o fato de eu estar no relacionamento com outra mulher fizesse com que eu não precisasse ter esse cuidado comigo mesma, esse cuidado com minha companheira, de fazer a testagem, por mais que eu saiba o que eu estou fazendo, mas muitas vezes eu digo, eu brinco, que eu não boto a mão no fogo nem por mim, quiçá por outra pessoa, é um processo de cuidado comigo e com a minha companheira também, eu lembro de tipo assim: ‘ah não, mas transar com outra mulher não tem risco de transmitir IST’, e não sei o que, esse processo de apagamento mesmo, da vivência sáfica”. E essas falas, você já escutou dos profissionais, foi? “Sim, enquanto usuária, enquanto usuária nessa questão da testagem, e já escutei enquanto profissional também, mas aí a gente está aqui como usuária, enquanto usuário já escutei nesse momento da solicitação da testagem, e ainda assim, eu insisti para fazer e tal, e aí fizeram, e foi feito.”(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

você falou que as pessoas não binárias sofrem duas violências foi isso? Correto? eu entendi certo? “É, não seriam duas né, seria um outro formato de violência assim né, porque a gente vive numa sociedade muito binarista então ou é masculino ou feminino e aí como você entra com a outra identidade isso vai acarretar outras mudanças outros formatos de acolhimento né? que é muito assim né... você percebe socialmente uma dificuldade enorme, não digo que é mais ou que é menos né, acho que é só coisas diferentes né por exemplo de uma pessoa trans uma mulher trans, um homem trans né? é outra...”(ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“você ter um documento é um respaldo, as pessoas vão olhar: ‘o que é isso aqui?’ É uma pessoa não binária, mesmo que ela não saiba o que é né ela vai ver que é outra coisa né? Acho que pior não é as pessoas desconhecerem ou não terem é... formação suficiente para lidar é pior do que é isso, é o apagamento, tipo sim se tem só feminino ou masculino os outros não existem né? a gente ou fica num canto ou fica no outro e assim ser enquadrado também somente no ele não é uma coisa que me representa não é minha identidade”(ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“hoje eu tenho meu nome retificado, um gênero retificado, mas aí as pessoas, elas querem limitar-se do biológico, elas não acreditam que existe um homem que tem um útero e que precisa do serviço ginecológico, não apenas pelo útero, claro, né, é óbvio, por todo o aparelho aqui que eu tenho, assim como eu penso que há dificuldades das mulheres trans de buscarem urologista”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Assim que a gente se mudou, eu tive uma experiência com um outro posto. Nesse posto eu também tive a infeliz realidade de ocorrer a mesma coisa. Me chamaram de moço, menino, homem.”(ENT 15, MULHER TRANS)

“quando aquilo que é tão fundamental para a tua vida, para a tua existência, faz com que você pense em retirar a tua vida, por tamanha dor de você não poder ser quem você é, então a gente vê que os números são que 42% da população trans, em algum momento, ela já pensou ou tentou o suicídio, e obviamente está colocada em

outras questões também dessa construção social que a gente tem, dessa construção social do que é ser homem, do que é ser mulher”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Então, é, há um déficit gigantesco nas instituições como um todo e as instituições de saúde elas estão englobadas nesse déficit de não passar por reformulações para que se compreenda a existência de pessoas trans. Eu digo isso estruturalmente, não apenas no sistema digital e, enfim, acaba sendo uma carta da manga para eles, porque eles sempre utilizam essa desculpa, que o sistema não foi pensado, que o sistema é difícil de mudar, que o sistema dá pane e que o sistema, enfim, comete os erros, mas eu acredito que seja falta de interesse, acredito não, tenho convicção, né, com base nos meus estudos, nas minhas vivências eu sei que é falta de boa vontade e a isso se soma, é falta, na verdade, de, como é que se fala? É falta de vontade, né, resumindo, falando de uma forma informal, é falta de vontade. Não veem porque fazer essas modificações, né, não veem o porque de respeitar nossas existências, como se fossemos um mero capricho, né, ignorando completamente as taxas de mortalidade, de violência, de dor, de trauma, questões psicológicas, de questões físicas, ignorando nossa biologia e tudo isso se soma a diversos outros fatores”(ENT 8, MULHER TRANS)

“e é sempre um outro que deve falar do que eu sou, não basta eu falar, o outro tem que reconhecer, porque eu também sou de uma época, eu conheço amigas que para fazer sua retificação, para botar uma prótese de silicone, elas precisavam, elas foram pra uma forma de judicialização, e isso é muito triste, né, porque eu imagino que parte dessa vida dela aqui, foi pra uma análise, ela teve que esperar, porque dependendo do juiz, da cabeça do juiz, ele que ia dizer se ela era mulher ou se ele era homem, então isso é muito complexo, sempre um outro tem que afirmar, dizer quem você é, enquanto na verdade isso é um direito individual, eu falo por mim, eu falo dos meus desejos, eu falo do corpo que eu quero ter”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Ultimamente eu venho percebendo que de alguns profissionais o acolhimento ele acontece, né, até conversar, até falar, se dirigir a gente como namorada, não, porque eu notei que às vezes essa, essa palavra é evitada e eles falam assim: ‘cadê a tua amiga? Cadê a minha menina que estava contigo?’ ou então: ‘acompanhante de Dona Fulana’, né, que, não sei, talvez na ausência de um papel, né, não tenha obrigatoriedade de chamar de namorada, de esposa ou algo assim”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“E a gente acaba se tornando uma minoria também por questões de representatividade dentro da política, dentro da pesquisa, dentro da educação. Porque são espaços que infelizmente a gente tem conseguido galgar, a gente tem conseguido chegar lá, mas que infelizmente muitas vezes, até mesmo quando a gente consegue chegar lá, a gente tem que se podar. A gente não consegue ser nós mesmos dentro de determinados espaços. Então essa falta de representatividade também gera essa minoria porque infelizmente aparentemente o que não é visto não é lembrado. Então se dentro do congresso, dentro do Planalto a gente não tem pessoas que estejam lá representando a gente ou fazendo política pra gente que realmente precisa, a gente acaba infelizmente se tornando minoria. Porque só sabe que a gente passa quem é semelhante da gente, né? Então se não tiver alguém que saiba das emendas que a gente precisa, ninguém vai estar lá pela gente não.”(ENT 9, HOMEM GAY)

“E tem essa questão para pessoas trans, que eu acho que é muito maior. É da medicina em si, tendo em vista que quando você precisa de um urologista, sempre é saúde do homem, né? A medicina ainda tem uma perspectiva muito biologizante sobre as coisas. Então ela em si já é a razão pelo qual nós não nos sentimos à vontade, né? As nossas existências não sentem que cabem nesse ambiente que não tem atravessamento social de gênero, por exemplo. Então tem isso”(ENT 8, MULHER TRANS)

Subcategoria: Passabilidade

Você já teve alguma experiência que você não gostou, foi discriminatória, LGBTfóbica, que você tenha percebido? “Não, nesse sentido não, assim, pra mim sempre foi tranquilo nesse sentido, talvez porque, não sei, né? Talvez porque talvez não esteja tão na cara, eu não sei.”(ENT 5, MULHER LÉSBICA)

“Assim, como uma mulher bissexual, acaba que existe uma certa maior passabilidade”(ENT 20, MULHER BISSEXUAL)

“por mais que... eu não gosto dessa terminologia passabilidade, né, que a passabilidade, eu considero que é uma forma transfóbica, né, de você ver aquele que é diferente, enfim, eu não gosto muito desse termo, mas eu sei que quanto mais eu avançar aqui no meu processo de hormonização, quanto mais traços masculinos eu tiver, eu sei que vou ter uma passada ali, que vou ser o Thomás, o seu Thomás, porém, quando eu for no serviço

ginecológico, sempre vão ser caras e bocas não compreendendo aquele homem de barba entrando naquela sala”(ENT 17, HOMEM TRANS)

Nos banheiros dos postos de saúde não teve problema? “Não, não (...) mas eu entendo também muito pelo fato de que eu entendo que eu tenho um privilégio de passabilidade, então mesmo que eu use os banheiros, normalmente as pessoas não se questionam porque elas não ligam, mas tipo, todos os banheiros que os banheiros femininos no qual eu uso, é tudo muito tranquilo, nunca houve de questionarem ou de serem agressivos comigo, sempre foi muito tranquilo”(ENT 15, MULHER TRANS)

“Eu sozinha, como eu sou mais feminina, acho que tenho uma passabilidade, das pessoas me tratarem um pouco melhor, mas a minha namorada é defem, ela não tem as características femininas logo de cara, e as pessoas tendem a ficar olhando”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

“A gente não passou por isso muito diretamente, mas a gente sabe porque a gente conhece outras mulheres que são masculinas, principalmente quando são dois casais, que elas são mais masculinas, que elas são marginalizadas, que elas são vistas como dois homens, e aí acaba ficando aquela coisa meio assim, porque a gente já ouviu. Então para gente que não é muito desse grupo, a gente já estava passando despercebida, eu principalmente pelo fato de ser mais feminina. E aí as pessoas associam que eu sou lésbica, por conta que ela está do meu lado e ela é um pouco mais masculina”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“Eu sinto que hoje o atendimento, ele tá mais humanizado, eles estão mais acessíveis nesse sentido, pelo menos nos locais em que eu vou. Isso também tem um pouco do fato de eu já ter atingido uma certa passabilidade, né? Então querendo ou não isso tem algum certo benefício”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“pra mim conseguir uma mamoplastia em Fortaleza pelo SUS, ou então qualquer outra cirurgia, eu tenho que brigar muito e tal hora me passar por uma mulher cis”(ENT 6, MULHER TRANS)

Você acha que melhorou por quê? “Por que a passabilidade dele subiu, né? É porque em aparência física, ele tá mais semelhante agora com o corpo masculino, né? Então, isso gera menos desconforto assim, porque passa despercebido, né, na maioria das vezes”(ENT 5, MULHER LÉSBICA em relação ao seu companheiro HOMEM TRANS)

“a transição, e sim o período que eu, e que eu percebo que outras pessoas passam por mais transfobia, é nesse comecinho que você tá meio que patinho feio, que você ainda não é uma coisa tão afirmativa, entendeu, enquanto mulher, enquanto homem, é esse período pelo qual mais as pessoas, e tipo, a gente percebe, a priori, os olhares tortos, porque a primeira coisa que acontece é as pessoas olharem torto, e aí, tipo, pra depois disso pode acontecer das pessoas te soltarem piada no meio da rua, você ir pra entrevista de emprego, que aconteceu comigo, não passar, porque era notório que eu era uma pessoa trans, e, enfim, por aí vai, sabe?”(ENT 6, MULHER TRANS)

Subcategoria: Burocracias para o acesso devido a binariedade do (Cis)tema

“Bom, eu retifiquei o meu nome, eu sou um homem, mas eu sou um homem que precisa acessar o serviço, o cuidado de um ginecologista, e aí, como eu estou com o meu nome já retificado, nome e gênero, o que acontece? Quando eu vou buscar esse serviço, eu uso o plano de saúde, a gente trabalha e vai conseguindo alguns direitos mínimos, mas só que lá no plano de saúde, por exemplo, eles já eliminam esse serviço pra mim, por entender que eu sou um homem, então não compreende essa nova possibilidade de ser homem, um homem trans, que precisa de serviço ginecológico, o acesso, né, e daí também já tira lá a questão do parto”(ENT 17, HOMEM TRANS)

Sobre as consultas ginecológicas, você já tentou, como foi, solicitar esses exames? “Eu, eu recentemente, tentei liberar, mas aí sempre tem aquela pergunta: tá errado, é esse exame mesmo? Ou então, tá errado, é pra esse nome mesmo? É pra essa pessoa mesmo?”(ENT 10, HOMEM TRANS)

“então isso você vê, enquanto ainda é limitante esse enxergar sobre essa perspectiva de existência, porque, por exemplo, eu realmente não preciso ter lá a questão do parto porque eu não pretendo ter filhos, gerar filhos, mas outros homens trans, eu sei que têm essa perspectiva de gerar seus filhos, e é ótimo isso, só que aí é limitante esse acesso, então assim a gente já vai encontrando outros problemas, além dessa barreira que há, essa armadura que se coloca numa perspectiva de compreender a sociedade apenas binária, essa perspectiva do

homem e mulher e também essa perspectiva de compreender só a parte biológica, né” (ENT 17, HOMEM TRANS)

“um tempo atrás, acho que em meados de 2020, que foi quando eu, foi o ápice de que eu estava procurando a minha mastectomia, eu passei por alguns problemas no plano de saúde porque já havia mudado o meu nome, meu gênero, porque já tinha retificado a documentação, e eu precisei um acompanhamento ginecológico. E o plano de saúde me disse que eu não tinha como ter porque a especialidade de ginecologia só aparecia para o sexo feminino. Então eu tinha duas opções, ou eu abria mão do gênero masculino lá no cadastro para colocar o feminino e ter acesso, tanto a mastologia quanto a ginecologia ou eu simplesmente mantinha o masculino e aguardava o plano algum dia se adequar para mudar o sistema. Então eu acabei tendo que ceder de colocar o gênero feminino, porque eu não aguentava mais ter que lutar e bater de frente com essas coisas. Era uma época que eu já estava muito cansado. Então eu acabei optando pela forma mais fácil, que era o que? Entregar a transfobia deles, ao invés de bater de frente, exigir que eles que deveriam adequar o sistema deles. E como não tinha nenhuma lei que obrigassem eles a isso, consequentemente eles não iam fazer isso tão cedo. Então foi essa questão que eu vivi mais recente assim, depois da retificação dos meus documentos, foi ter precisado do atendimento ginecológico de mastologia e ter que me submeter a mudar o meu gênero para ter acesso a essas especialidades.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

“Isso somatiza a questão do sistema, que também é o mais falho, né? Sistema digo digital, sistema das fichas, das ferramentas utilizadas pelos profissionais. Então nós ainda estamos aí ensinando e barganhando e, como é que eu posso dizer, negociando questões básicas” (ENT 8, MULHER TRANS)

“E de, por exemplo, acontecer o que aconteceu comigo no plano de saúde. Ah, não tem como eu te encaixar para uma consulta ginecológica porque seu sexo está masculino. Coloca o sexo feminino é mais fácil, rapidinho tu consegue essas coisas. E eu já ouvi um relato de uma menina trans que ela estava precisando de uma consulta com um urologista e que o médico falou, isso recente, né? Com as novas diretrizes que mudou para a gente ter o acesso mesmo sem ter que mudar o gênero lá, né? E que o médico pegou e falou assim para ela, olha, vai demorar porque você vai entrar numa fila e aí a prioridade vai ser homens cis para então encaixar você, muda seu sexo para masculino vai ser mais rápido. Então isso de certa forma é uma transfobia porque ela está tendo o direito de ter o acesso e está sendo induzida a colocar o gênero que ela não se reconhece só pela falsa agilidade naquele determinado atendimento. Então ainda existe essa transfobia, entendeu? Algumas mais escancaradas, outras que já são mais veladas, mas que existir existe.” (ENT 7, HOMEM TRANS)

“porque se eu tiver um nome no meu RG que não condiz com a minha identidade de gênero feminina, e eu querer uma cirurgia feminilizadora pelo SUS, eu não consigo, porque eu não sou uma mulher, porque eu não sou considerada uma mulher pro SUS, e aí, tipo, é muito complicado” (ENT 6, MULHER TRANS)

Subcategoria: impotência frente à cisheteronorma

“Eu acho que o pior é saber que a gente não pode, acho que não é nem que não pode, questionar. E que a pessoa repita o que ela falou. Mas é muito que pela questão do medo. Acho que é meio que pela humildade. Porque na época eu era muito mais desinformada sobre essas questões. E assim, eu por ser uma pessoa trans, eu sentia um desrespeito gigantesco. Era uma dor muito grande mesmo. Mas pensar em me defender. Pensar em reclamar ou reperguntar porque que a pessoa fez aquele manejo. Ter que ensinar também. Não é algo que passa pela nossa cabeça.” (ENT 15, MULHER TRANS)

“eu sofri com essa questão de eu não poder entrar, eu sabia que havia, existia todo um aparato, que existia a legislação do processo transexualizador, que era um direito e tal, mas estava amarrada por conta desses preconceitos” (ENT 17, HOMEM TRANS)

“eu acho que cheguei a comentar com ele, mas isso não gera por si só uma mudança no tratamento né porque as pessoas não tem preparo, então não adianta, né, a pessoa pode ficar se questionando ela pode: ah, certo. Só que ela não (incompreensível) se ela não tem um aprofundamento, isso vai ficar...eu acho que isso dificulta muito também as pessoas de chegarem e dizer: ó, eu sou uma pessoa não binária, porque eu não sei de onde ela vai... você já sabe é meio que esperado que o sistema não está preparado, que as pessoas não estão preparadas, então o que adianta eu ficar dizendo que eu sou uma pessoa não binária? Se não vai ter um atendimento adequado conforme minha necessidade” (ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“Quando eu era mais novo, eu tinha essa mentalidade mesmo de que teria coisas que eu nunca conseguiria alcançar, tipo a testosterona é uma delas, e para mim era uma situação muito distante, talvez eu nunca conseguiria chegar nesse estado que estou agora, então mais novo eu fazia o que eu podia naquela época, se para mim o que tivesse a meu alcance no momento fosse só o nome social, eu me agarrava no nome social, onde eu pudesse colocar ele eu colocava, mas onde eu via que era muito difícil e que talvez eu não alcançasse, eu não ia atrás, justamente pelo cansaço mental, que agora é outra realidade, é óbvio.”(ENT 18, HOMEM TRANS)

“Porque assim, a maioria dos profissionais eles seguem um código de ética, né? As regras da sociedade, porém fica mais difícil quando você é contra isso, né? E aí vai ter uma hora que pode ser que você esteja no mal dia ou simplesmente você não aceita, mesmo sabendo que é errado, né? De tratar a pessoa ou ficar com comportamentos que não são médicos na conduta profissional deles. E aí então a gente acaba ficando sem saída para dizer o que poderia ser melhor para facilitar, né? Porque se eu disser que é melhor um treinamento, vai ter o treinamento, mas novamente, se eles não mudam a percepção deles em relação ao que nós somos, o nosso lugar na sociedade, nada vai mudar, entendeu? Para mim funciona basicamente isso, porque a gente não tem como pedir respeito. Então o que nós fazemos, eu e ela, é nos dar respeito, para que quando a gente chegue nesses locais, a gente não seja confrontada, né?”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“muitas vezes a gente escolhe não falar, porque por exemplo, se eu vou chamar a polícia, eu não sei se os policiais que vão chegar vão ficar do meu lado, é capaz de eles chegarem, e eu ainda ser preso, entendeu?”(ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

E por que você não solicitava nos ambientes de saúde? Por que você achava que seria mais complicado, que iria sofrer transfobia? “Isso, eu sou muito novo, e quanto mais novo e ter crescido na sociedade patriarcal como essa, a galera vai lhe desprezar mesmo, é muito diferente, é uma coisa que o quanto que eu vou explicar aqui, talvez você nunca vá entender, então é muito sobre isso mesmo.”(ENT 18, HOMEM TRANS)

Subcategoria: Estado Negligente

“ela é sim uma negligência transfóbica, mas ela não é transfóbica em si, sabe? Ela antes de ser transfóbica, ela é estrutural, ela é um problema estrutural que se eu estou recorrendo a Defensoria Pública para recorrer por um direito que é meu e esse direito ele é caro. Esses direitos eles vão tentar não mexer ou não fazer com que seja um efetivo ou que eu ganhe esse mesmo direito, porque esse direito vai ser caro para o Estado, entendeu? E porque se eu alcançar o meu direito, não vai ser só eu que vou conseguir o meu direito, mas várias outras pessoas vão acessar esse direito se eu também acessar. Então assim, é muito caro, entendeu? E aí, para além de ser caro para o Estado e o Estado não está nem aí e o Estado há muito tempo está me levando a pagode, a valsa, para além de eu estar sendo há muito tempo enrolada, isso é muito adoecedor, sabe? Isso é muito adoecedor, mas aí é aquela, é a gata se virando em mil para trabalhar, para ter dinheiro, para pagar terapia particular, porque a terapeuta do Ambulatório não era uma terapeuta pela qual sensível o suficiente para compreender as minhas demandas”(ENT 6, MULHER TRANS)

“Olha, eu acredito na palavra comprometimento. Falta um comprometimento maior do Estado em si, de políticas públicas diretas, voltadas a esse público, tendo em vista os dados, tendo em vista a urgência, né? Tem demanda, muita demanda, e eu acredito que isso ainda esteja sendo ignorado. Talvez não completamente, mas, com certeza, as ações que estão sendo tomadas, elas não, não são condizentes com a urgência da realidade, né? Com os números e dados da realidade. Então, falta esse comprometimento, sabe? Do Estado em si, das equipes mesmo, né? Das instituições, em compreender que a LGBTfobia é crime, equiparado ao racismo”(ENT 8, MULHER TRANS)

“Eu sofri uma agressão no posto de saúde, mas não pelos funcionários, né? Outra pessoa que estava usando equipamento começou a me tratar de forma errônea, né? Me xingar. E aí eu fui e comuniquei a moça que fica responsável por dar informações. E aí ela disse que ela não podia fazer nada, porque lá era um espaço público. E aí eu disse pra ela que ao mesmo tempo que ali era um espaço público e ela estava vendo que eu estava sofrendo essa violência, ela estava sendo conivente, né? Porque ela poderia muito bem pedir ele pra sair ou fazer com que ele fosse atendido rápido pra que aquela violência passasse.”(ENT 2, MULHER TRANS)

“porque LGBTfobia nesse país ainda é tratada como palhaçada, mesmo tendo lei aprovada, tendo pena, tudo isso, a delegacia não tá nem aí, é extremamente negligente, os espaços são muito negligentes”(ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“se somatiza a não intenção mesmo das instituições, do Estado em si, em trabalhar essas políticas, em trabalhar o acesso às pessoas LGBTQIA+, dentro desses ambientes, de uma forma mais rigorosa, tendo em vista que também somos parte da população, tendo em vista que também somos uma parte da população vulnerabilizada, violentada, que precisa ter acesso a políticas públicas, que precisa ter acesso à saúde básica, que precisa ter acesso a essas instituições, tendo a garantia do seu direito, né, coisa que não acontece na realidade”(ENT 8, MULHER TRANS)

“a gente afirma pro Estado que a gente não se enquadra dentro da binaridade que o Estado coloca como uma coisa normal, como a norma, então como a gente faz a curva tangente, a gente sofre uma série de violências em todas as áreas que a gente queira adentrar (...) a questão da saúde é só um braço do Estado que acaba nos marginalizando novamente, nos empurrando para os guetos, para a favela, reafirmando que de fato existe um divisório dentro desse processo de higienização dos corpos, então é sobre a saúde, quando a gente vai falar de saúde, a gente tem vários aspectos, para além da saúde assistida, saúde alimentar, a saúde assistencial, saúde psicológica, seja do corpo, da mente, da alma”(ENT 2, MULHER TRANS)

Subcategoria: suposição da cisheteronormatividade

“eu precisei fazer uma transvaginal e aí é lá deu um cistozinho lá lá no meu ovário e aí eles quiseram dizer que era gravidez ectópica e já já queria me encaminhar não sei para onde, tinha que fazer o beta HCG aí eu disse: gente, não tem como isso ser uma gravidez ectópica, eu tô totalmente, não tem como... aí ele disse: ‘ah, mas você não tem relações sexuais?’ Isso o médico que foi fazer o exame né que é o da ultrassom: ‘ah mas você não tem relações sexuais?’ Eu disse sim, eu tenho relações sexuais, mas eu sei que não tem como ser, aí ele: ‘mas então você tem um risco’. Aí eu disse: ‘não tem risco, é uma relação homoafetiva!’ Chegou um ponto que eu me estressei que ele insistiu tanto nessa tecla que eu acabei me estressando”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

“eu fui doador de sangue por muito tempo, e eu lembro que as perguntas eram sempre as mesmas, né, as questões dos parceiros sexuais e tal, e por mais que eu falava, a mulher perguntava: ‘o que você faz para prevenir uma gravidez?’ Aí eu disse: olha, eu não transo com homens cis, né, eu não transo com homens, né, minha relação sexual são com mulheres, e aí, e ela teimava, novamente, na pergunta: ‘o seu parceiro usa preservativo?’ eu disse: senhora... enfim”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“porque lamentavelmente a nossa sociedade ela é machista, patriarcal, homofóbica, então, e a medicina, por sua vez, não só a medicina, mas eu acredito que toda a área da saúde, ela pensa, né, enquanto ter um paciente ou uma paciente heteronormativa, né, ou seja, a não ser que seja uma travesti que entre na sala, então obviamente quem vai atender vê que é uma travesti, né, mas se você não tem um perfil tão autodeclarado, né, aí as pessoas ficam meio sem saber o que é, e aí ele classifica como uma heterossexual, e aí você corre o risco de sair de lá com uma receita para tomar você e o seu companheiro, né, porque é assim que quem está atendendo vai interpretar.”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

“Então, quando era feita a anamnese, né, o que acontecia? A médica perguntava: ‘ah, tu já engravidou ou não? Tu toma concepcional ou não?’ E fazia uma série de perguntas, todas elas direcionadas para a questão, né, dos métodos contraceptivos, da questão da reprodução sexual. E aí quando chegava uma altura que ela não tinha mais o que perguntar, porque tudo era não, né, isso eu passei duas vezes com duas médicas, e eu fazia isso exatamente para ver até onde essa médica ia chegar, até onde ela não abria os olhos e não percebia as diferenças. Então, aí até que teve a primeira que perguntou, fechou a caneta, olhou para minha cara e falou: ‘olha, você pode me, por favor, me dizer o que é que você faz para evitar de engravidar, porque eu quero colocar isso para as minhas pacientes, né?’ Foi simples, eu transo com mulher, aí a médica se desmontava na minha frente”(ENT 14, MULHER LÉSBICA)

Alguma vez nos serviços de saúde, já lhe perguntaram sua identidade de gênero, orientação sexual? “Não, nunca, eles só se surpreendem quando eu explico que eu sou lésbica.” Você acha que se tivesse algum campo no prontuário para você assinalar isso facilitaria a vida? “Sim, porque pelo menos eles se preparavam antes né para avaliar o paciente, para quando a pessoa for ter que dizer, não ser sempre tipo: ‘nossa!’”(ENT 11, MULHER LÉSBICA)

Subcategoria: eles levam a religião para dentro do trabalho

“no caso que dentro do sistema privado, por exemplo, eu busquei um endocrinologista, a primeira médica que eu fui, que eu fui falar para ela qual era a minha situação, eu sou um homem trans, e que eu pretendia fazer o uso da testosterona, enfim, ela disse que por questões religiosos dela, ela não poderia atender. Então aquilo me frustrou mais ainda”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“A gente sabe quando é por mal, a gente sabe, a gente sabe exatamente quando a pessoa, quando a gente passa a informação, a pessoa entende e continua por mal, e quando eu quero dizer por mal, falando de uma forma mais aprofundada, são pessoas que entendem o que você fala e escolhem não te respeitar, baseado nas crenças pessoais, na religião pessoal e tal, isso é uma agressão, é uma agressão que é foda”(ENT 16, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“nesses espaços de saúde, existe muito trabalho de informação, muito, eu já acompanhei muitos trabalhos de informação, vindo principalmente de universidades que vêm para esses espaços para dar palestra, entendeu? as pessoas realmente escolhem, sabe? Tipo assim: “eu não vou porque é crente, porque não sei o quê, porque é idiota”(ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

“São pessoas que infelizmente levam suas religiões para dentro do seu trabalho, levam seus preceitos para dentro do trabalho e infelizmente de tratam a população que é a que mais precisa. E acaba afastando a gente dessa questão da prevenção, da promoção de saúde. E aí a gente entra que quando a gente acaba sempre buscando locais em que a gente é ouvido, que a gente é acolhido, que a gente é cuidado, sabe, e acaba que onde deveria ser esses locais, que são as unidades de saúde, acabam se tornando algo totalmente o contrário. A gente é de tratado, a gente é visto com maus olhos e infelizmente a gente acaba se perdendo dentro do sistema de saúde por conta do preconceito”(ENT 9, HOMEM GAY)

Subcategoria: patologização da sexualidade

“nos tornar que isso é uma doença, nós não somos doentes, né, ser trans não é ser doente, é mais uma característica enquanto ser humano que eu carrego!”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“quando ele (O MÉDICO) conversou com a polícia ele disse que eu tinha bipolaridade e transtorno de personalidade, eu acreditava ser uma pessoa que eu não era, e que ele tinha orientado ir para o hospital mental e eu não quis aceitar, eu quis agredir ele dentro do consultório, e isso em nenhum momento aconteceu”(ENT 7, HOMEM TRANS)

“eu me afasto também, porque lá (ambulatório SERTRANS) não é só transexual, tem outras coisas... mas você chegar num ambiente que é dentro de um hospital mental né é um pouco adoecedor por si só assim não é uma coisa que é convidativa né”(ENT 21, PESSOA NÃO BINÁRIA)

“uma coisa interessante, quando eu tinha uns 18 anos, mais ou menos, fui numa unidade pública pra fazer prevenção, já faz um tempinho. E aí na entrevista, na sequência de perguntas da doutora, ela estava perguntando coisas pessoais e no meio da contracepção, ela foi perguntar sobre métodos contraceptivos, e eu disse que não usava porque eu sou lésbica. E aí ela fez uma pergunta: ‘mas você já fez sexo normal?’ (risos) E aí eu fiquei constrangida, claro, mas tive que fazer uma pergunta para ela, né? Sexo normal o que? Como assim? Ela: ‘com homens’. Aí eu disse não. Aí ela só preencheu lá, mas eu achei a pergunta desnecessária.”(ENT 12, MULHER LÉSBICA)

Subcategoria: Poder dos profissionais frente aos usuários

“fora do texto do Twitter, porque dentro do texto bonitinho, sendo politicamente correto: ‘ah não, comunicação, essas pessoas não têm acesso...’ Vindo para a realidade, as pessoas só aprendem quando elas perdem e, falando em sociedade, não são as pessoas que estão no nosso dia a dia, que estão próximos da gente, que são pessoas periféricas, que muitas vezes tem essas agressões, são de pessoas letradas, são de pessoas que sabem

exatamente o que estão fazendo sabe? e não têm medo porque sabem que é branco, se o policial chegar, não vai fazer nada, é capaz da gente ser preso, entendeu?”(ENT 16, PESSOA NÃO-BINÁRIA)

“Até eu falar com o médico na consulta, a pessoa ainda afirmou que, o profissional era um médico, assim que cheguei na sala e me viu, ele percebeu a diferença do nome que estava no documento e a pessoa que estava na frente dele, aí logo ele foi afirmando: ‘Olha o médico aqui nesse exame sou eu, e vou lhe chamar pelo o nome que está no seu documento’. Nesse momento é uma pressão que a gente só tem uma reação: só quer realmente continuar, acabar e ir pra casa”(ENT 15, MULHER TRANS)

“só que não teve o respaldo, porque a voz principal era dele (do médico), então quantas outras pessoas ele não deve ter tratado dessa forma, porque ele era a voz que tinha o direito de falar o que estava acontecendo ou não”(ENT 7, HOMEM TRANS)

Subcategoria: alta demanda pra poucos serviços

“e aí também eu nunca consegui ser acompanhado pelo ser trans, e muitos amigos, meus amigos e minhas amigas também não conseguiram, porque a gente não sabia em que pé andava essa lista de espera para poder ser acompanhado, acompanhada por aquele equipamento que é nosso, por direito, e daí a gente, muitas pessoas não conseguia, a gente dizia, não, mas qual é a fila, você liga para lá, você vai até o ser trans, e nunca você tem a ideia de quantas pessoas no estado do Ceará estão tendo esse acesso, esse acesso desse direito”(ENT 17, HOMEM TRANS)

“Porque a gente busca ajuda, mas não tem, sabe? E os serviços que são voltados especificamente para demandas da nossa comunidade são pouquíssimos, é uma alta demanda. Então infelizmente não consegue abranger todo mundo. Então a gente acaba se perdendo, a gente acaba errando ou até mesmo sofrendo muitas consequências por conta da falta de informação que não chega até a gente. Então infelizmente é algo assim multifatorial que acaba com que a gente se torne ainda mais vulnerável aos problemas de saúde.”(ENT 9, HOMEM GAY)

“E na questão do SUS, a fila é muito grande, como eu falei, o serviço do SERTRANS, a gente não sabe que média está essa fila, qual o tamanho dessa fila, quanto tempo a pessoa permanece nessa fila para ela poder fazer essa integralidade, porque não basta só como tá, tem pessoas que querem fazer suas cirurgias, que têm direito, tem pessoas trans que nem precisam, que nem precisam ser, é, que não querem, né, a hormonização, fazer cirurgias, mas que precisam ter um acompanhamento psicológico, enfim, existe toda uma carência mesmo”(ENT 17, HOMEM TRANS)

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do comitê de ética e pesquisa da UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO DA COMUNIDADE LGBTQIA+ ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Pesquisador: FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80146424.1.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.934.406

Apresentação do Projeto:

O estudo possui caráter transversal, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa qualitativa será feita através de grupos focais com o público LGBTQIA+ acerca das diversas dimensões de acesso às UAPS do município de Fortaleza-CE, sendo a análise de conteúdo feita por meio do método do discurso do sujeito coletivo. A pesquisa quantitativa será feita através da aplicação de questionário estruturado a profissionais da saúde das UAPS no município de Fortaleza-CE e aos gestores dessas UAPS.

Hipótese:

A LGBTfobia em suas diversas formas atue como barreira de acesso à população LGBTQIA+ aos serviços de atenção primária nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza, especialmente no que se refere ao acolhimento, constituindo assim uma barreira organizacional de acesso, prejudicando sua aceitabilidade, efetividade e eficiência.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo de caráter transversal, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa e terá, como cenário, o município de FortalezaCe. A pesquisa será realizada em 3 blocos para contemplar seus aspectos quantitativos e qualitativos. O primeiro bloco será de cunho qualitativo e consistirá na elaboração de 5 grupos focais com pessoas LGBTQIA+

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.934.406

usuárias dos serviços de atenção primária de alguma UAPS de Fortaleza.

Serão realizados grupos focais de diferentes composições: grupo focal 1, constituído de 6 a 12 homens cisgênero gays; grupo focal 2, constituído de 6 a 12 mulheres cisgênero lésbicas; grupo focal 3, constituído de 6 a 12 homens e mulheres cisgênero bissexuais; grupo focal 4, constituído de 6 a 12 homens e mulheres transexuais sem restrição de

orientação sexual; grupo focal 5, constituído de 2 a 3 pessoas de cada grupo anteriormente citado. O conteúdo dos grupos focais será gravado e transcrito para posterior análise. E a o tamanho da amostra será determinada por saturação teórica. A análise de conteúdo utilizará a técnica do discurso do sujeito coletivo. O segundo bloco terá caráter quantitativo e será feito por meio de aplicação de questionários objetivos aos trabalhadores (agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, auxiliares de laboratório, técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal, enfermeiros(as), médicos(as), dentistas, porteiro(a), recepcionista, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de farmácia, auxiliar administrativo) das UAPS do município de Fortaleza. Um estudo piloto desse bloco será realizado em uma unidade básica de saúde. O formulário utilizado no segundo bloco terá duas partes: a primeira com 6 questões referentes aos aspectos sociodemográficos do entrevistado; a segunda com 13 questões relacionadas à percepção dos(as) participantes em relação ao atendimento da população LGBTQIA+ na UAPS em que trabalham. O formulário será aplicado online por meio de envio de formulário no Google Forms. Para se ter acesso ao público-alvo, o formulário será enviado para os entrevistados através de um link da internet via e-mail e mídias sociais (WhatsApp ©, Instagram © e Facebook ©). Conforme cálculo amostral, a quantidade de profissionais que participará desse bloco do estudo será de 369. Os dados serão tabulados no Microsoft Excel e exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0 para Windows no qual as análises serão realizadas adotando uma confiança de 95%. Após categorização, as análises serão realizadas utilizando os testes de Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fisher e expressos em forma de frequência absoluta e percentual. O terceiro bloco terá caráter quantitativo, em que será feita aplicação de questionários objetivos aos gestores das UAPS do município de Fortaleza. O formulário utilizado nesse momento também terá duas partes: a primeira com 6 questões referentes aos aspectos sociodemográficos do entrevistado; a segunda com 13 questões relacionadas à percepção dos(as) participantes em relação ao atendimento da população LGBTQIA+ na UAPS em que trabalham. O formulário (APÊNDICE E) será aplicado online por meio de envio de formulário no Google Forms. Um estudo piloto desse

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.934.406

bloco será realizado em uma unidade básica de saúde. Para se ter acesso ao público-alvo, o formulário será enviado para os entrevistados através de um link da internet via e-mail e mídias sociais (WhatsApp ©, Instagram © e Facebook ©). A amostra desse bloco será de 91 participantes. Os dados serão tabulados no Microsoft Excel e exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0 para Windows no qual as análises serão realizadas adotando uma confiança de 95%. Após categorização, as análises serão realizadas utilizando os testes de Quiquadrado de Pearson ou Exato de Fisher e expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Critério de Inclusão:

Bloco 1: pessoas LGBTQIA+ usuárias dos serviços de atenção primária de alguma UAPS de Fortaleza. Bloco 2: pessoas maiores de 18 anos, residentes no estado do Ceará e que sejam funcionários de alguma UAPS do município de Fortaleza-CE. Bloco 3: pessoas maiores de 18 anos, residentes no estado do Ceará e que sejam gestores de alguma UAPS do município de Fortaleza-CE.

Critério de Exclusão:

Bloco 1:

Bloco 2: menores de 18 anos, não-residentes no estado do Ceará, que não sejam funcionários de alguma UAPS do município de Fortaleza-CE, que se recusem a participar do estudo ou estejam afastados do serviço por algum motivo.

Bloco 3: menores de 18 anos, não-residentes no estado do Ceará, que não sejam gestores de alguma UAPS do município de Fortaleza-CE, que se recusarem participar do estudo ou estejam afastados do serviço por algum motivo.

Desfecho Primário:

Espera-se encontrar através dos dados qualitativos e quantitativos informações que corroborem o fato de que as diversas violências contra a diversidade sexual e de gênero da população LGBTQIA+ de Fortaleza-CE provoquem barreiras de acesso aos serviços e equipamentos de saúde nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.934.406

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade do acesso das pessoas LGBTQIA+ nas UAPS do município de Fortaleza-CE

Objetivo Secundário:

- Descrever as características sociodemográficas das pessoas LGBTQIA+ usuárias dos serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE; - Analisar a percepção das pessoas LGBTQIA+ sobre o acesso nas UAPS do município de Fortaleza-CE.- Descrever as características sociodemográficas de gestores e profissionais das UAPS do município de Fortaleza-CE;- Analisar a percepção de gestores e profissionais sobre o acesso nas UAPS do município de Fortaleza-CE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Bloco 1: eventuais desconfortos durante a entrevista, como constrangimento, aborrecimento e/ou não entendimento em relação a alguma pergunta ou ainda o desconforto em expor percepções e sentimentos sobre a sua vivência.

Bloco 2: algum constrangimento no momento de responder o questionário.

Bloco 3: algum constrangimento no momento de responder o questionário.

Benefícios:

Os benefícios de sua participação não são diretos, porém você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre as perspectivas das pessoas LGBTQIA+ que utilizam os serviços da atenção primária à saúde nas UAPS de Fortaleza-CE, suas percepções em relação ao acesso a esses serviços, em suas diversas perspectivas como acolhimento, acesso à informação e qualidade de atendimento prestado. E assim contribuir com o debate sobre a saúde da população LGBTQIA+ e com esclarecimentos de algumas questões relacionadas a isto. Ainda podemos citar a produção de conhecimento científico, que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade a partir da geração de mais dados e informações sobre esse assunto, podendo subsidiar com dados científicos debates ou até outras pesquisas relacionadas aos temas de saúde, minorias sexuais e de gênero e políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com temática atual, que busca desenhar um quadro ou situação e também estabelecer prioridades para pesquisas futuras.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.934.406

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados e estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao final da pesquisa, um relatório final deverá ser enviado para este CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2280853.pdf	10/04/2024 20:13:43		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_SOLILICITANDO_APRECIACAO_CEP_UFC_ACESSO_LGBT.pdf	10/04/2024 20:13:21	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO_ACESSO_LGBT.pdf	10/04/2024 20:13:03	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA_PESQUISA_ACESSO_LGBT.pdf	10/04/2024 20:12:50	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	10/04/2024 20:12:32	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PESQ_ACESSO_LGBT.pdf	10/04/2024 20:12:15	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2280853.pdf	07/02/2024 15:20:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_ACESSO_LGBT.pdf	07/02/2024 15:17:59	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_ACESSO_LGBT.pdf	07/02/2024 15:17:59	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOS_DE_CONSENTIMENTO.pdf	07/02/2024 15:17:34	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMOS_DE_CONSENTIMENTO.pdf	07/02/2024 15:17:34	FRANCISCO RODRIGO PAIVA	Postado

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.934.406

Justificativa de Ausência	TERMOS_DE_CONSENTIMENTO.pdf	07/02/2024 15:17:34	DOS SANTOS	Postado
Folha de Rosto	folhaDeRosto_PROJETO_LGBT_assinado.pdf	07/02/2024 15:04:27	FRANCISCO RODRIGO PAIVA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Julho de 2024

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br